

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
***INSTITUTO DE PSICOLOGIA***

**Sueli dos Santos Vitorino**

**Intervenção Psicológica Grupal junto a adultos e idosos com  
Dor Crônica**

São Paulo

2019

**Sueli dos Santos Vitorino**

**Intervenção Psicológica Grupal junto adultos e idosos com  
Dor Crônica**

**VERSÃO CORRIGIDA**

*Tese apresentada ao Instituto de psicologia da  
Universidade de São Paulo, como requisito para  
obtenção do título de Doutora em Ciências.*

*Área de Concentração: Psicologia Clínica.*

*Orientadora: Professora Associada Dra. Leila  
Salomão da La Plata Cury Tardivo.*

*Linha de pesquisa: Práticas clínicas:  
Fundamentos; Procedimentos e Interlocuções.*

São Paulo

2019

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)

dos Santos Vitorino, Sueli

Intervenção psicológica grupal junto a adultos e idosos com dor crônica. / Sueli dos Santos Vitorino; orientador Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2019.

143 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. CB330.4.24.6.4.7.3 ? DOR CRÔNICA. 2. CB360.11.1.9 - TÉCNICAS PROJETIVAS. 3. CB360.3.1.17.1.13 - DEPRESSÃO. 4. CB360.15.1.4.10 - PSICOTERAPIA DE GRUPO. 5. PSICOLOGIA. I. Salomão de La Plata Cury Tardivo, Leila, orient. II. Título.

Nome: Sueli dos Santos Vitorino

Título: Intervenção Psicológica Grupal junto a adultos e idosos com Dor Crônica.

*Tese apresentada ao Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, na Área de Concentração: Psicologia Clínica.*

Tese defendida e aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

#### BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho aos meus alunos...*

*...os que tive e os que terei.*

*E à Ana, Clarice, Josefa, Maria, Paulo,  
Rosalva e Tereza, representantes de todos  
os que convivem com a dor crônica.*

*Gratidão...*

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por suportar minhas ausências. Sobretudo o meu amado marido Seclerb, fiel parceiro e eterno incentivador.

Aos participantes diretos e os indiretos desta pesquisa, especialmente, os participantes diretos, vocês jamais serão esquecidos. Grata pela confiança.

À minha orientadora, Leila SLPC Tardivo, Mulher Inigualável, um exemplo de trabalhadora, de pessoa solidária, de paciência e, sobretudo de colaboração. Obrigada por acreditar e fazer TANTO por mim! Obrigada, de coração, por TUDO!

Aos professores: Helena Rinaldi Rosa, Claudia Aranha Gil, Carla Witter, Rodrigo Jorge Salles, Ana Lucia Gatti aceitem compor essa banca de avaliação, pela dedicação, contribuição e enriquecimento do meu trabalho. Igualmente agradeço aos professores suplentes: Francisco Baptista Assumpção Junior, Ivonise Fernandes Da Motta, Vera Succi, Roberta Elias Manna e Hilda Rosa Capelão Avoglia por gentilmente aceitarem o convite para composição da banca.

Aos Professores da Universidade de Mogi das Cruzes e da Faculdade EDUCATIE, profissionais que admiro e que me incentivaram nesse percurso.

À Prof<sup>a</sup> Elza Maria Tavares Silva pela revisão de português, Ana Claudia Neves pela carinhosa Revisão das referências e Suélem Telles por sua disponibilidade atenciosa.

À amiga Rilza Xavier Marigliano, obrigada por ter feito essa jornada junto comigo e ter contribuído tanto para que fosse especial e única. Lembrarei disso com amor sempre.

À todos os(as) amigo(a)s do serviço APOIAR do Lab. de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IP-USP.

Aos colaboradores e colaboradoras do Programa de Pós Graduação em psicologia Clínica por todo seu auxílio e paciência nos momento de dificuldades.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minhas amigas: Geovana Anacleto, Andrieli Camilo, Diogo Correa e Ana Arzabe pelas longas horas de conversa, pela sempre disponível colaboração, aprendizado e pela amizade.

## **O Grito**

*Se ao menos esta dor servisse  
se ela batesse nas paredes  
abrisse portas  
falasse  
se ela cantasse e despenteasse os cabelos*

*se ao menos esta dor se visse  
se ela saltasse fora da garganta como um grito  
caísse da janela fizesse barulho  
morresse*

*se a dor fosse um pedaço de pão duro  
que a gente pudesse engolir com força  
depois cuspir a saliva fora  
sujar a rua os carros o espaço o outro  
esse outro escuro que passa indiferente  
e que não sofre tem o direito de não sofrer*

*se a dor fosse só a carne do dedo  
que se esfrega na parede de pedra  
para doer doer doer visível  
doer penalizante  
doer com lágrimas*

*se ao menos esta dor sangrasse*

## RESUMO

Vitorino, S. S. (2019) **Intervenção psicológica grupal junto a adultos e idosos com dor crônica**. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo. 143 folhas.

A pesquisa que deu origem a esta tese de Doutorado enfoca pacientes com dor crônica, condição que acomete uma em cada cinco pessoas no mundo e tem acarretado consequências relevantes, como incapacitação para o trabalho e isolamento social e outras dificuldades nas relações, além de intenso sofrimento. Assim, são abordados os principais aportes teóricos que embasam a pesquisa, como os tratamentos realizados no Brasil, e apontam-se as contribuições da Psicologia sobre o entendimento da dor crônica. Também se realizou um levantamento bibliográfico acerca das intervenções grupais para manifestações psíquicas e em especial dor crônica. O objetivo desta pesquisa foi apresentar e estudar os efeitos de uma intervenção psicológica grupal em sete pessoas: seis mulheres e um homem, entre 23 e 82 anos (adultos e idosos), de ambos os sexos com dor crônica, realizada em 10 sessões de 90 minutos, com frequência semanal. A pesquisa foi realizada em fases: *Coleta de dados pré-intervenção; a Intervenção Psicoterapêutica grupal; coleta de dados pós-intervenção e ainda um follow up ou seguimento, após quatro meses*. Para realizar o estudo foram aplicados antes e depois da intervenção: uma Entrevista semidirigida (abordados os aspectos sociodemográficos, familiares e especialmente a história da dor); as Escalas: Escala Batista de Depressão (EPEBADEP) para adultos; Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para idosos, e o Inventário de Atitudes frente à Dor breve (IAD-30). A fim de conhecer e compreender os aspectos psicodinâmicos dos participantes foi usado o Teste de Apercepção Temática (para adultos) ou o *Senior Aperception Test* (para idosos), antes da intervenção. Os resultados são apresentados, inicialmente, considerando cada participante, em seguida são descritas as 10 sessões e apresentadas as análises globais dos resultados antes e pós intervenção. De forma geral, nas entrevistas, os participantes trouxeram elementos que evidenciaram ganhos relevantes, sendo considerada por todos uma experiência muito positiva. Nos inventários: observou-se um maior ganho na atitude frente à dor, no domínio 'Emoções'. E uma diminuição nos níveis de depressão, mais pronunciada entre os adultos. Informações coletadas quatro meses depois indicam que os ganhos permaneceram. Os objetivos foram alcançados e sugere-se que sejam realizadas mais investigações sobre intervenções terapêuticas grupais em pacientes com dor crônica, os quais necessitam cuidados e assistência multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Terapia grupal; Dor crônica; Psicologia; Técnicas projetivas; Depressão.

## ABSTRACT

Vitorino, S. S. (2019) **Group Psychological Intervention in adults and elderlies with chronic pain.** Doctorate Thesis. Institute of psychology. Universidade de São Paulo. São Paulo. 143 pages.

The research that gave origin to this PhD thesis talk about patients with chronicle pain, committing one in five people in the world and it is being arranging relevant consequences, like the incapability of working, social isolation and other difficulties in relations, yonder the intense suffering. Therefore, are approached the principal theoretical contributions that give basis to the research, like the treatments realized in Brazil, and point out the contributions of Psychology in cases of chronicle pain. Also, was realized a bibliographic survey about the group interventions to psychic manifestations specially the chronic pain. The object of research was show and study the effects of a psychologic group interventions in seven people: six women and one man, between 23 and 82 years old (adults and seniors), all of them with chronic pain, realized in 10 sessions of 90 minutes, weekly. The research was made in phases: *Pre-intervention data collect; The psychologic group intervention; Post-intervention data collect and also a follow up, after four months.* To realize this study was applied before and after the intervention: A Semi-directed interview (approaching the sociodemographic, family, specially the history of the pain aspects); the Scales: *Escala Batista de Depressão (EPEBADEP) for adults; Escala de Depressão Geriátrica (GDS) for seniors, and the Inventário de Atitudes frente à Dor breve (IAD-30).* In order to know and understand the psychodynamics aspects of the participants was used the *Teste de Apercepção Temática* (for adults) or the *Senior Aperception Test* (for seniors), before the intervention. The results are presented, initially, considering each participant, are then described the 10 sessions and presented the global analyses of the results pre- and post-intervention. In general, in the interviews, the participants came with elements that evidence relevant gains, being considered for all of them a very positive experience. In the inventories: it was observed a better gain in attitude towards pain, in the field of emotion. And a decrease in depression levels, more pronounced among adults. Information collected four months later indicate that the gains remained. The target was reached and it is suggested that more investigations about therapeutic group interventions in patients with chronic pain carried out, which need multidisciplinary care and assistance.

**Key-words:** Group therapy; Chronic pain; Psychology; Projective techniques; Depression.

## RÉSUMÉ

Vitorino, S. S. (2019) **Intervention psychologique de groupe auprès des adultes et personnes âgées souffrant de douleur chronique**. Thèse de Doctorat. Institut de psychologie. Universidade de São Paulo. São Paulo. 143 pages.

La recherche qui a donné lieu à cette thèse de doctorat se concentre sur les patients souffrant de douleur chronique, une affection qui affecte une personne sur cinq dans le monde et a entraîné des conséquences pertinentes, telles que l'incapacité de travail, l'isolement social et d'autres difficultés relationnelles, en plus d'une souffrance intense. Ainsi, les principales contributions théoriques qui sous-tendent la recherche sont abordées, telles que les traitements effectués au Brésil, et les contributions de la psychologie sur la compréhension de la douleur chronique sont soulignées. Une enquête bibliographique a également été réalisée sur les interventions de groupe pour les manifestations psychiques et notamment la douleur chronique. L'objectif de cette recherche était de présenter et d'étudier les effets d'une intervention psychologique de groupe sur sept personnes: six femmes et un homme, entre 23 et 82 ans (adultes et personnes âgées), des deux sexes souffrant de douleurs chroniques, en 10 séances de 90 minutes, avec une fréquence hebdomadaire. La recherche s'est déroulée en plusieurs phases: collecte de données pré-intervention; intervention psychothérapeutique de groupe; collecte de informations post-intervention et suivi ou surveillance après quatre mois. Pour réaliser l'étude, avant et après l'intervention ont été appliqués: un entretien semi-dirigé (abordé sociodémographique, familial et surtout l'histoire de la douleur); l'échelle: échelle de dépression Baptista pour les adultes (EBADEP-A); Échelle de dépression gériatrique pour les personnes âgées (GDS) et inventaire d'attitude pour la douleur brève (IAD-30). Afin de connaître et de comprendre les aspects psychodynamiques des participants, le Test Thématique d'Aperception (pour les adultes) ou le Senior Aperception Test (pour les personnes âgées) a été utilisé avant l'intervention. Les résultats sont présentés, dans un premier temps, en tenant compte de chaque participant, puis les 10 séances sont décrites et l'analyse globale des résultats avant et après l'intervention est présentée. En général, dans les entretiens, les participants ont apporté des éléments qui ont montré des gains pertinents, étant considéré par tous comme une expérience très positive. Dans les inventaires: il y avait un plus grand gain dans l'attitude envers la douleur, dans le domaine «Emotions». Et une diminution des niveaux de dépression, plus prononcée chez les adultes. Les informations recueillies quatre mois plus tard indiquent que les gains sont restés. Les objectifs ont été atteints et il est suggéré de poursuivre les investigations sur les interventions thérapeutiques de groupe chez les patients souffrant de douleur chronique, qui ont besoin de soins et d'assistance multidisciplinaire.

**Mots-clés:** Thérapie de groupe; Douleur chronique; Psychologie; Techniques projectives; Dépression.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Artigos publicados no Scielo e no PsicInfo .....	31
<b>Tabela 02</b> – Caracterização dos participantes da pesquisa pré-intervenção (n=20) e grupo de intervenção (início n=11 e Término n=7), segundo as variáveis sociodemográficas.....	50
<b>Tabela 03</b> – Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-breve), versão brasileira com 30 itens: definição dos domínios, itens, escore desejável, variação, itens invertidos e cálculo do escore – Pré e Pós-Intervenção por participante .....	96
<b>Tabela 04</b> - Resultados de Rosalva, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e EBADEP-A.....	97
<b>Tabela 05</b> - Resultados de Clarice, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e EBADEP-A .....	100
<b>Tabela 06</b> - Resultados de Tereza , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15 .....	102
<b>Tabela 07</b> - Resultados de Josefa , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15 .....	104
<b>Tabela 08</b> - Resultados de Maria, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15 .....	106
<b>Tabela 09</b> - Resultados de Ana , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15 .....	108
<b>Tabela 10</b> - Resultados de Paulo , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15 .....	109
<b>Tabela 11</b> - Resultado da Escala de Depressão, itens, escore desejável/variação, frequência e cálculo médio do escore (grupo) – Pré e Pós-Intervenção .....	111
<b>Tabela 12</b> - Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), versão brasileira com 30 itens: definição dos domínios, itens, escore desejável, variação, itens invertidos e cálculo médio (grupo) do escore – Pré e Pós-Intervenção .....	112

## LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychology Association</i>
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
SAT	<i>Senior Apperception Technique</i>
TAT	<i>Thematic Apperception Technique</i>

## SUMÁRIO

	Pág
Apresentação	14
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
A. Dor Crônica	16
A.1 Conceituação	16
A.2 Contribuição da Psicanálise	20
B. Psicodiagnóstico	23
C. Intervenção Terapêutica Grupal – Levantamento Bibliográfico	26
D. APOIAR: Serviço e Projeto de Atendimento Psicológico	34
<b>CAPÍTULO II -JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO III — MÉTODO</b>	<b>38</b>
A - TIPO DE MÉTODO – CLÍNICO	38
B - PARTICIPANTES	38
C – INSTRUMENTOS	40
D - PROCEDIMENTOS	44
E - ANÁLISE DOS DADOS	47
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO – OS PSICODIAGNÓSTICOS - (PRÉ-INTERVENÇÃO)</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO V – A PROPOSTA INTERVENTIVA</b>	<b>78</b>
V.1 – AS NARRATIVAS DAS 10 SESSÕES	78
V. 2 - ESTUDO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO – ESTUDOS COMPARATIVOS	95
V.2.1 – ESTUDO COMPARATIVO: PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO POR CASO	95
V.2. 2 – ESTUDO COMPARATIVO: PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO – NO GRUPO	110
V.2. 2.1 Depressão	110
V.2. 2.2 Atitudes frente à dor	111
V.2.3 – <i>Follow up</i> (Seguimento)	113

<b>CAPITULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>128</b>
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	132
APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	133
APÊNDICE 4 – HISTÓRIAS CONTADAS - TAT E SAT	134
APÊNDICE 5 – QUADRO_CRONOGRAMA DOS ENCONTROS EM GRUPO	139
<b>ANEXOS</b>	<b>140</b>
Anexo A – DESCRIÇÃO DAS GRAVURAS APRESENTADAS NO TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA PARA ADULTOS (TAT) (Murray, 2005) E PARA IDOSOS (SAT) (Bellak, 1949/1992).	141
Anexo B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)	142
Anexo C- INVENTÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DOR (IAD breve-30)	143

## **Apresentação\***

Estudando os fenômenos do envelhecimento há mais de dez anos e empenhada em me aprofundar no estudo dos vastos aspectos que acometem essa população, interessei-me pela ‘dor-crônica’, pois esta pode interferir (de forma importante) no curso do envelhecimento. Pesquisando, percebi a carência de técnicas interventivas relacionadas ao atendimento terapêutico da população que sofre com dor crônica e que, conseqüentemente terá uma velhice com sequelas desse processo.

Priorizando o estudo das técnicas grupais, de orientação psicodinâmica que promovam a qualidade de vida como permanente estratégia de cuidados primários em saúde mental. Para tanto, busquei, neste estudo, colaborar com a melhora da qualidade de vida dos participantes, especialmente focando na instrumentalização das pessoas, ou seja, no aprendizado das pessoas quanto ao melhor uso dos recursos emocionais para minimização das crises de dor.

O estudo se deu, primeiro conhecendo-se a literatura sobre o tema, que originou uma pesquisa de campo feita em 4 etapas: captação de informações pré-intervenção; Intervenção e entrevista devolutiva pós-intervenção. E ainda uma entrevista de follow up quatro meses após a intervenção. Conforme é descrito nos capítulos a seguir

Assim, esta tese está organizada: Capítulo I – introdução onde são abordados os principais aportes teóricos que embasam a pesquisa, como os tratamentos realizados no Brasil, e apontam-se as contribuições da Psicologia e da Psicossomática sobre o entendimento da dor crônica. Também se realizou um levantamento bibliográfico acerca das intervenções grupais para manifestações psíquicas e em especial dor crônica. o Capítulo II é composto pelas Justificativas e Objetivos da pesquisa; o Método constitui o capítulo III, no qual são descritos, os participantes, os materiais, os instrumentos usados e os procedimentos para a coleta das informações, bem como o programa interventivo realizado; os Resultados e Discussão são contemplados no Capítulo IV o qual é dedicado aos Psicodiagnósticos realizados com os participantes, sendo apresentada uma breve compreensão clínica de cada um deles. O Capítulo V é dedicado à descrição da intervenção e são apresentados os dados

---

\* Escrita em primeira pessoa do singular, pois reflete a experiência pessoal da autora que levou ao desenvolvimento da presente pesquisa.

coletados, apresentados em tabelas, nos estudos pré e pós-intervenção, com as discussões realizadas à luz da literatura especializada. Em seguida são inseridas as Referências bibliográficas empregadas no estudo e por último, são apresentados os pós-textos usuais: Apêndices e Anexos.

## **CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO**

Apresentam-se, neste capítulo, os principais aportes teóricos em que se embasou a presente pesquisa. Com relação à temática, inicia-se partindo de uma visão abrangente da Dor Crônica, tema em crescente desenvolvimento, dada à mudança de perfil populacional brasileiro, destacando-se o conceito, a epidemiologia e os tratamentos comuns no Brasil.

A seguir, trata-se da contribuição da Psicologia e da Psicossomática para a compreensão e terapêuticas, adicionalmente, conceituam-se domínios intrinsecamente ligados à demanda da Dor Crônica. O Psicodiagnóstico, dada a sua relevância, é tratado nas penúltima e última partes, afunilando o tema, devido às intervenções grupais, reveladas nas principais publicações da área.

### **A. DOR CRÔNICA**

As condições biopsicossociais, como: o aumento populacional e de expectativa de vida, mudanças ambientais e de condições socioeconômicas e emocionais contribuem para uma experiência de sentir dor (Rabelo & Neri, 2013; Lima & Delgado, 2010). A esse respeito, a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [SBED] (s/d-2019) define que a dor é um alerta biológico benéfico (é o quinto sinal vital), indicativa de urgência na procura por tratamento, portanto é curável, salvo exceções, como os casos em que se torna persistente, inútil biologicamente, causando impactos na vida das pessoas.

Muitos fatores podem contribuir para o estabelecimento dos quadros de dor, desde baixa qualidade de vida até perdas financeiras e sociais, o que colabora para comorbidades como: imobilidade, desesperança, alterações do sono, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, de profissionais da saúde, de cuidadores e de instituições, incapacidade para o trabalho, ansiedade, medo, amargura, frustração, depressão e até suicídio. Essas são algumas das complicações que podem acompanhá-la (SBED, s/d-2019).

#### **A.1\_ Conceituação**

No Brasil, a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED), representante da *International Association for the Study of Pain* (IASP), considerada o maior expoente nos estudos de dor (contribuindo inclusive com estudos da Organização Mundial de Saúde-

OMS), define dor como a “Experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou relacionada, à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (SBED, s/d - 2019).

A dor pode ser aguda (alerta biológico), recorrente (período curto, mas frequente, como a enxaqueca) ou crônica, que é aquela dor em duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos (persistente acima de três meses, embora não haja consenso) e que está quase sempre [há exceções] associada a um processo de doença crônica. Portanto, é uma manifestação biológica, de intersecção subjetiva já que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais (SBED, s/d - 2019 e Volich, 2010).

A dor crônica, que se comporta como uma doença em si, acomete um em cada cinco pessoas, aumenta com a idade, atinge mais mulheres, em trabalhos extenuantes ou aquelas com menores níveis de escolaridade, é inútil como sinal biológico (SBED, s/d - 2019). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), inexistem dados disponíveis no Brasil. Entretanto, dados norte-americanos mostram que 31% da população norte-americana tem dor crônica, acarretando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos. Na sua revisão de literatura, Vasconcelos e Araujo (2018) encontraram prevalência de dor crônica na população brasileira variando de 29,3% a 73,3% e, dado ao fato de alguns artigos terem prevalência superior a estimativas mundiais, os autores chamam a atenção de as pesquisas refletirem apenas dados regionais.

Dito isso, ressalta-se a importância do diagnóstico de dor crônica como doença em si, diferenciada de sua característica padrão de acessória (sintoma). Nesse intuito, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio de sua Portaria Nº 1.083, de 2 de outubro de 2012, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Esse protocolo considera a dor conforme a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10): R 52.1 Dor Crônica Intratável – e – R 52.2 Outra Dor Crônica e reconhece a importância dos tratamentos não medicamentosos: exercícios físicos, psicoterapia, massagem, reabilitação e calor local, como importantes adjuvantes no tratamento da dor muscular ou nociceptiva, que é a dor na qual há dano tecidual demonstrável, como observada nos quadros de: osteoartrose, artrite reumatoide, fratura e rigidez muscular na dor lombar inespecífica, etc (Brasil, 2012).

O protocolo citado considera a dor miofascial (prevalência de 30% população ambulatorial brasileira) e fibromiálgica (prevalência 8% na população geral brasileira) de difícil diagnóstico. Descreve a síndrome da dor miofascial como:

“uma condição caracterizada pela presença de pontos-gatilho, distribuídos ao longo de músculos vulneráveis. O diagnóstico da síndrome miofascial é estabelecido com base em, pelo menos, um dos seguintes critérios: a) sensibilidade aumentada sobre um ponto de espessamento muscular, b) resposta muscular local à manipulação do ponto-gatilho, c) dor referida, d) reprodução da dor usual, e) restrição de amplitude de movimento, f) fraqueza sem atrofia ou g) sintomas autonômicos associados” (Simons, 1999 citado por Brasil, 2012, s.p.).

O mesmo protocolo brasileiro descreve a fibromialgia como marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos: fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos. Desta forma,

“O diagnóstico deve ser considerado quando houver 11 dos 18 locais esperados de pontos musculares dolorosos (região suboccipital, cervical lateral, ponto médio da borda superior do trapézio, região supraescapular, junção condrocostal da segunda costela, epicôndilo lateral, região glútea laterossuperior, região do trocânter maior e região medial acima do joelho) e outras condições clínicas forem excluídas, tais como doenças reumáticas e distúrbios primários do sono” (Gerwin, 2001, citado por Brasil, 2012, s.p.).

O protocolo não descreve intervenções diferentes entre os díspares diagnósticos de dor, mas enfatiza a medicalização, sendo o nível de dor o determinante do tipo de medicação prescrita/aplicada. No DATASUS (banco de dados *on line* do Sistema Único de Saúde brasileiro), não é possível localizar o número de atendimentos dentro dessas descrições isoladamente, mas em grandes grupos, por exemplo: ‘dor rebelde de origem central ou mioplásica’. Em um ano, esses atendimentos totalizaram 12.923 internações hospitalares (Out/2016 à Set/2017), assim como ‘dor abdominal ou pélvica’, que totalizaram 38.065 internações no mesmo período. Desta forma, dentro dos grandes grupos, a dor crônica permanece invisível (DATASUS, consultado em 15.nov.2017).

O diagnóstico de dor crônica costuma ser, ainda, incluído como transtorno somatoforme (Mello-Filho, Burd & colaboradores, 2010) cuja característica comum é a presença de sintomas físicos, que sugerem uma condição médica geral (daí o termo somatoforme). No entanto, não são completamente explicados por uma condição médica

geral ou pelos efeitos diretos de uma substância ou por um, outro, transtorno mental como por exemplo: o Transtorno de Pânico. Descarta-se a possibilidade de intencionalidade dos sintomas, ao contrário do transtorno factício/simulação, aqui paciente está alheio ao que lhe ocorre. Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou, ainda, em outras áreas importantes (OMS, 2014). Os transtornos somatoformes (F 45), de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 [DSM-5] (APA, 2014), podem ser:

- CID 10<sup>1</sup> - F45.0** Transtorno de somatização
- CID 10 - F45.1** Transtorno somatoforme indiferenciado
- CID 10 - F45.2** Transtorno hipocondríaco
- CID 10 - F45.3** Transtorno neurovegetativo somatoforme
- CID 10 - F45.4** Transtorno doloroso somatoforme persistente
- CID 10 - F45.8** Outros transtornos somatoformes
- CID 10 - F45.9** Transtorno somatoforme não especificado

Nessa perspectiva, a dor crônica, frequentemente, é considerada transtorno doloroso persistente, [CID 10 - F45.4] (Mello-Filho, Burd & colaboradores, 2010), cuja descrição no DSM-5 caracteriza-se por: “dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos têm um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção” (APA, 2014). Os transtornos somatoformes são atendidos dentro do grande grupo de transtornos psiquiátricos que, segundo o DATASUS, (consultado em 15.nov.2017), totalizou em 240.916 internações hospitalares, compreendendo os atendimentos de: urgência, tratamento psiquiátrico, hospital geral (por dia) e hospital dia, no período de Outubro/2016 a Setembro/2017 que, portanto, diluem ainda mais as possibilidades de rastreio desses diagnósticos.

Mesmo com a disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de atendimentos não-medicamentosos (atendimento psicológico, nutricional e físico, além de práticas integrativas, como yoga e naturologia), ainda são poucos os pacientes com ingresso a essas práticas,

---

<sup>1</sup> Vale esclarecer que a sigla CID corresponde à Classificação Internacional de Doenças, traduzida do inglês International Classification of Diseases (ICD), cuja tabela é publicada pela Organização Mundial da Saúde e tem como objetivo padronizar e catalogar doenças e outros problemas de saúde.

devido à alta prevalência dos diagnósticos de dor crônica e o pouco acesso gratuito a esses serviços, ainda precariamente distribuídos pela rede pública de saúde. Quando isso acontece, os pacientes que se inserem no serviço de Psicologia, frequentemente chegam fragilizados, vindo de longos períodos de tratamento medicamentoso, ou de investigação das causas clínicas para a dor, sem conhecerem o papel da psicologia no seu tratamento e, muitas vezes, sem esperança de melhora.

Esse conceito de dor crônica é abrangente e abarca o aspecto físico (real) e psíquico (subjetivo); portanto, considera a complexidade que envolve o adoecer de dor (doença em si) mais do que apenas um sintoma (acessório) ligado a um quadro patológico. O conceito de dor, atualmente, compreende três componentes: o sensitivo-discriminativo (sensação física), o afetivo-motivacional (emocional) e o cognitivo-avaliativo (pensamento), observado por Volich, 2010. Ressalta-se no presente estudo, o aspecto emocional e suas repercussões de sofrimento para a pessoa que é diagnosticada com dor crônica.

## **A.2\_Contribuição da Psicanálise**

A teoria psicanalítica vem, desde seu início, ampliando a compreensão dos fenômenos que não encontram explicação médica-orgânica (Freud 1886-89/2006). Ao estudar a histeria, Freud (1901/2006) apontou caminhos para o entendimento de como as agonias da alma (psíquicas) poderiam ser expressas como sintomas físicos.

Nesse panorama, o conceito de dor teve destaque nas teorizações freudianas e foi continuamente revisado por ele durante toda sua vida. No início, no ‘Projeto para uma psicologia científica’, ele aponta a dor como uma oposição ao prazer/desprazer com uma distinção clara de que ela remete ao excesso, ou seja, as tensões acumuladas seriam, ao ser descarregadas, sentidas como dor ao invés de prazer (Freud 1886-89/2006).

Completando a ideia do ‘projeto’, no texto ‘Além do princípio do prazer’, Freud (1996/2006a) coloca a dor como ‘algo além do princípio do prazer’, ou seja, que não poderia ser explicada pelo princípio da economia psíquica, uma vez que sua expressão poderia estar ligada tanto às vivências de prazer quanto de despreazer. O que ele retoma no texto ‘O problema econômico do masoquismo’, em que o sofrimento é uma espécie de “travestimento” da dor vivido como experiência de prazer pelo sofrente.

Freud, a despeito da separação metapsicológica: corpo e psique assinala, no texto ‘O ego e o id’, uma integração entre estes, já que afirma que o ego é corporal, portanto a vivência orgânica é indissociável da vivência psíquica (Freud 1996/2006b). Atualmente, Santos & Rudge (2014) afirmam que, nesse sentido, o corpo em psicanálise, sai da lógica anatômica para a lógica da representação, uma vez que é atravessado pela linguagem e alteridade. Desse modo, para as autoras, a dor acontece exatamente num “entre” nessa experiência corporal-psíquica.

A esse aspecto, a psicanalista, Melanie Klein (1957/1984) aprofundou os estudos e a teoria psicanalítica destacando que, desde as relações iniciais mais arcaicas, ou seja, na mais tenra infância, o bebê pode vir a desenvolver um ego mais ou menos integrado, o que, conseqüentemente, colaborará para sua saúde mental e vivência corporal com mais ou menos sofrimento psíquico (e formas adequadas de expressão destas), uma vez que sua teoria das posições pressupõe o uso de mecanismos de defesa mais ou menos maduros, a depender do percurso de desenvolvimento emocional do bebê. Ainda nessa direção, a psicanálise permite compreender que todo adoecimento do corpo comunica algum desequilíbrio entre a psique e o soma (Freud, 1969/1996; Winnicott, 1971/1975; Laurentiis, 2016).

Esse desequilíbrio, aqui claramente demarcado com um adoecimento do corpo, ora depende, ora influencia o ambiente (estímulos internos e externos). Desse modo, a importância do ambiente não deve ser desconsiderada quando se trata da dor. Freud (1927-31/2006) reafirmou em ‘O mal-estar na civilização’, que o homem tem sua consciência moldada para ‘civilizar’ e, ao mesmo tempo, se tornar ‘produto’ dessa civilização à custa da renúncia ao prazer, portanto, o ambiente insere a dor como um sofrimento que lhe circunscreve um lugar na existência humana.

Sob esse prisma, a dor (alerta biológico) pode ser vista como aliada na existência psicossomática porque protege da autodestruição, já que a dor pode significar que a pessoa tomou posse de seu corpo (Minatti, 2012). O aprofundamento dessa noção foi feito por Winnicott (1975), que trouxe o ambiente (de uma forma mais profunda e ampliada) para cena psicanalítica. Ele coloca especial importância à mãe, como primeiro ambiente experimentado pelo bebê, e que mais tarde, conforme seu desenvolvimento, vai se desdobrar e diluir-se na atmosfera concreta e externa a ele, destacando-o definitivamente do corpo da mãe.

Segundo Winnicott (1975), o bebê nasce com uma tendência inata ao amadurecimento e, nesse conceito, o autor coloca tudo aquilo que favoreça à “maturação pessoal máxima. Pela palavra ‘maturação’, nessa fase, pretendo incluir os diversos significados da palavra ‘integração’, bem como o inter-relacionamento psicossomático e a relação de objeto” (p. 153-154)”. Essa progressiva integração é posta em curso pelos cuidados adequados fornecidos pela mãe (ou por quem que faz a maternagem). O autor enfatiza os três ou quatro primeiros meses de vida como fundamentais nessa fase, em que o bebê estará envolvido em três tarefas: (1) Integração no tempo-espço; (2) Personalização e (3) Realização (Dias 2014). Tais tarefas se desenvolverão a partir daqueles cuidados que a mãe (ambiente) oferecerá ao bebê, começando pelo que Winnicott chamou de: (1) Segurar como sustentação (*holding*); (2) Manejar como manuseio do corpo do bebê (*handling*) e a Apresentação de objetos (Winnicott 1979/1983; Dias 2014; Laurentiis, 2016).

O ‘segurar’ (*holding*), envolver fisicamente (braços) e psicologicamente (afetivamente), favorece ao bebê a sustentação necessária para que o recém-nascido possa, psiquicamente, se sentir seguro para sobreviver às angústias impensáveis adquiridas no nascimento. Essa sustentação favorece ao reatamento de condições anteriores que garantem que o bebê recupere sua ‘continuidade de ser’ (Dias, 2014).

Conforme o bebê vai crescendo, o ‘manejar’ toma importância porque garante, a partir do manuseio do corpo do bebê (*handling*) enquanto se dá banho, troca e acaricia, a instalação do psiquismo no corpo, em outras palavras, ocorre a ‘personalização’. O bebê ‘cria’ seu corpo e passa a se relacionar com ele de forma que, progressivamente, esse corpo vai habitar um mundo a parte (Winnicott 1979/1983; Laurentiis, 2016).

Se tudo ocorrer bem, ou seja, se o bebê receber os cuidados adequados, ele paulatinamente, será apresentado aos objetos (ao mundo). O bebê terá condições de internalizar esse mundo, criando-o, imaginativamente dentro de si; a esse processo Winnicott (1979/1983) nomeou de Realização (Dias 2014; Laurentiis, 2016).

A partir daí, gradualmente, mas não de modo linear, o bebê vai apreendendo o ambiente, agora concreto e fora dele, e vai se tornando, cada vez mais, independente à medida que amadurece. Esse amadurecimento nunca atinge uma total independência, dado que, para Winnicott, a pessoa sempre será dependente do olhar do outro (Dias 2014; Laurentiis, 2016).

E o que o outro vê? O outro vê, primeiramente, um corpo. É aqui que a ênfase na questão no manuseio do corpo (*handling*) é importante, pois o corpo é onde acontecem todas

as experiências humanas, é o local em que ocorre a vida psíquica que se realiza e acontecem, como disse McDougal (2015), “os teatros do eu” (p. 9), encenações psíquicas carregadas desejos de realização (Catani & Moretto, 2016). Aí inclusos todos os processos patológicos e não-patológicos, sendo a dor seu principal alarme denunciante da existência da possibilidade de finitude, bem como de proteção contra esse possível aniquilamento (Barreto, 2013).

Dito isso, é possível apreender que a Psicologia Psicossomática oferece a possibilidade de compreender algumas relações do binômio mente-corpo, que podem ajudar determinados pacientes a se recuperarem das condições de sofrimento (Bushnell, Ceko & Low, 2013). Assim, a doença psicossomática é vista como um excesso que não pode ser elaborado e que precisa ser descarregado no corpo (Marty 1993).

Nesse sentido freudiano, em que o corpo pode ser via de expressão adequada e inadequada dos afetos (Freud, 1969/1996), este pode expressar os processos psíquicos da pessoa portadora de dor crônica (Volich, 2010). Assim, finalmente, do mesmo modo em que o corpo sinaliza o ‘adoecer’, contém o ‘curar’; basta que os caminhos feitos pela doença sejam compreendidos e resignificados (Freud, 1996/2006; Winnicott, 1990) num atendimento adequado e dentro de um dispositivo (equipamento ou serviço) que contemple e respeite a integralidade humana, fugindo das dicotomias e garantindo um espaço-tempo de reorganização psíquica (Barreto, 2013; Santos & Rudge, 2014).

## **B. Psicodiagnóstico**

Embora a ênfase dessa pesquisa seja a intervenção terapêutica grupal, se discute resumidamente ao psicodiagnóstico, uma vez que foram realizados esses procedimentos nos participantes, visando uma compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos. O Psicodiagnóstico em nosso país é uma das funções exclusivas do psicólogo, caracterizando-se como modalidade de atuação em Avaliação Psicológica realizada no contexto clínico (Cunha, 2007), No decorrer da história da Psicologia no Brasil, o processo psicodiagnóstico já sofreu diversas atualizações, embora ainda se utilizem, em muito lugares, os métodos clássicos (Salles & Tardivo, 2017)

Esta disciplina científica, em seu percurso evolutivo, descrito minuciosamente por Salles & Tardivo, (2017), passou por diversas fases e, dada sua natureza dinâmica, continua se desenvolvendo. Segundo Occampo, Arzeno, Píccolo e colaboradores (1995, 2009),

Psicodiagnóstico é: um processo que configura uma situação, de duração limitada, objetivando alcançar uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar. Enfatizam, também, a investigação de algum aspecto em particular, segundo a sintomatologia e as características da indicação, caso haja. Abrangem os aspectos do passado, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) dessa personalidade, utilizando para alcançar tais objetivos certas técnicas, tais como: entrevista semidirigida, técnicas projetivas e entrevistas devolutivas.

O Psicodiagnóstico pode ser feito segundo diversas linhas teóricas. Na presente pesquisa, será utilizado o modelo apresentado por Tardivo (2007) em seus inúmeros estudos (publicações): o modelo compreensivo, de Walter Trinca (1984), fundamentado sob a linha teórica da psicanálise, como um eficiente modelo interventivo.

Esse modelo de psicodiagnóstico é definido por Trinca, (1984), citado por Tardivo (2007):

(...) no diagnóstico psicológico, uma série de situações que inclui, entre outros aspectos, o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém”.(p.15)

Tardivo (2007) retoma que, para Trinca (1984), “o processo de diagnóstico do tipo compreensivo engloba fatores estruturantes que dizem respeito ao objetivo de elucidar o significado das perturbações (explicitação das funções das perturbações e dos motivos inconscientes que se mantêm)”. Enfatiza a importância de se considerar a dinâmica emocional inconsciente (adoção de referencial psicanalítico).

Neste modelo de diagnóstico, há uma busca pelo global da composição psicológica do paciente, objetivando realizar uma “síntese dinâmica e estrutural da vida psíquica, considerando aspectos intra-psíquicos, interfamiliares e forças socioculturais”. Ressaltam-se, ainda, o trabalho de “centrar-se nos pontos nodais, produzindo julgamento clínico e a prevalência do uso de múltiplas técnicas de exame, fundamentadas na associação livre” (Trinca, 1984).

Esse modelo de psicodiagnóstico não se sobrepõe ao modelo clássico, mas se utiliza dele acrescentando elementos metodológicos modernos, para cumprir seu objetivo.

Nesse sentido, o psicólogo pode ou não fazer uso de testes psicológicos (Salles & Tardivo, 2017). Para planejar a bateria de testes, no entanto, deve pensar em testes que captem o maior número possível de condutas (verbais, gráficos e lúdicos), considerando que vai comparar os mesmos tipos de condutas ou que, também, podem ser diferentes, provocadas por diversos estímulos ou instrumentos (Ocampo e colaboradores, 2009; Cunha 2003; Trinca, 1998).

Ocampo e colaboradores (2009) alertam que a situação de psicodiagnóstico é ansiógena por natureza, então, para prevenir a geração de mais ansiedade no paciente, se faz importante ater-se à sequência de aplicação das técnicas projetivas, que deverá considerar dois fatores: (1) a natureza do teste e (2) do caso em questão. O teste que mobiliza uma conduta, que corresponde ao sintoma, nunca deve ser o primeiro a ser aplicado. Recomenda-se que os mais ansiógenos sejam aplicados por último (Cunha 2003; Trinca, 1998), pois o Psicodiagnóstico já é interventivo (Tardivo, 2007 e Barbieri, 2007)

As autoras Ocampo e colaboradores, (1995, 2009) sugerem, para adultos ou adolescentes, uma bateria de testes padrão contendo, nessa ordem: (1) testes gráficos, como desenho livre ou Casa-Árvore-Pessoa (House-Tree-Person HTP), entre outros; (2) Testes projetivos, como Rorschach e Questionário Desiderativo, finalizando com o pedido para o paciente contar uma recordação ou um sonho, para não o despedir com tudo que este teste mobilizou.

A entrevista de devolutiva é o momento em que ocorre a comunicação, ao paciente, dos aspectos levantados (psicodiagnóstico) e o momento em que se propõe o encaminhamento do caso. É a oportunidade em que o paciente tem de ver a si mesmo com mais critério de realidade, menos distorções idealizadoras ou depreciativas. Os adultos costumam recebê-la como mais necessária e factível (Ocampo, Arzeno, Pícolo e colaboradores, 2009).

Nessa ocasião, o psicólogo já terá refletido sobre o material levantado e formulado hipóteses explicativas, procurando ter um panorama, o mais completo possível, incluindo a natureza dos vínculos pessoais, assim como seus aspectos mais saudáveis, adaptativos, menos adaptativos e mais adoecidos. A entrevista devolutiva, objetiva, portanto “sintetizar ou unir aspectos reparadores e destrutivos, o que é possível, se o paciente puder unir passado, (o que fizeram mal), com o futuro, assim pode-se mostrar ao paciente como o presente e o futuro

funcionam como elementos de reparação” (Ocampo e colaboradores, 2009, p. 30), encaminhando-o ao melhor tipo de atendimento, não apenas psicológico, mas quando necessário, aos profissionais de outras profissões.

Castro (2017) defende a importância do diagnóstico e tratamento interdisciplinar para melhor manejo dos sintomas. A autora lembra que, muitas vezes, há comorbidade psiquiátrica e que é importante que todos os profissionais da equipe se apropriem do conhecimento psicológico, assim como o psicólogo deve se apropriar das outras ciências, tendo em vista um atendimento de forma integral a esse paciente.

### **C. Intervenção Terapêutica Grupal – Levantamento Bibliográfico**

A psicoterapia, incorporada ou não ao tratamento médico ou às práticas integrativas em saúde (Brasil, 2015), pode ser feita de duas formas: individualmente ou em grupo. De acordo com as diversas publicações estudadas por Cordioli (2008), ambas as formas de intervenção têm a mesma eficácia. Os mesmos autores ressaltam que o tratamento em grupo poderá ser mais ou menos bem-sucedido dependendo da adesão dos pacientes, o que costuma ser influenciado por dois fatores: diagnóstico clínico (com baixo fator preditivo para sucesso no grupo) e as características individuais de cada participante, sendo a motivação a principal delas.

As contraindicações para tratamento em grupo terapêutico na abordagem psicodinâmica, como será o do presente estudo, segundo Zimmerman (1997), incluem os pacientes com as seguintes características: pouco motivados, muito deprimidos ou paranoicos; com forte tendência a atos de natureza maligna, como exemplo tem-se os pacientes psicopatas; que tenham riscos agudos, principalmente os de suicídio; que tenham déficit intelectual ou elevada dificuldade de abstração; que estejam no auge de uma séria situação crítica; que representem sérios riscos a uma eventual quebra do sigilo grupal e que tenham um histórico de abandono de terapias anteriores (abandonadores compulsivos). Cordioli (2008) acrescenta, ainda, os dependentes químicos em grau severo, porém vale salientar que muitos dos pacientes citados acima podem participar de grupos homogêneos (com mesma patologia ou situação de risco) e terem sucesso, ou alguma melhora, com o tratamento terapêutico.

A importância dos trabalhos envolvendo grupos vem se destacando nas pesquisas qualitativas, uma vez que o ser humano é um ser gregário e tende a ter uma facilidade maior na resolução de problemas quando está reunido em grupos (Souza, Crestani, Vieira, Machado & Pereira, 2011; Gatti, Witter, Gil & Vitorino, 2015). O trabalho com grupos também é uma forma econômica de recursos financeiros em saúde, pois se tem mostrado uma prática barata e com resultados expressivos.

Para conhecer as práticas interventivas grupais, atualmente, foram feitas duas revisões de literatura. A primeira, nas publicações (periódicos) indexadas na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (Scielo.org) administrada por FAPESP, CNPq, BIREME /OPAS/ /OMS, FapUnifesp, pois trata-se de um dos principais bancos de dados eletrônicos e que proporciona uma cobertura sistemática da literatura psicológica, com diversas produções, disponibilizadas ao público em geral. Foi escolhida por: (1) ser considerada uma fonte de artigos científicos reconhecida pela comunidade científica internacional; (2) permitir uma ampla pesquisa e busca de artigos completos; (3) abranger diversos tipos de periódicos, não apenas de área específica do conhecimento de psicologia, (4) disponibilização gratuita.

Essa primeira pesquisa foi realizada na *Scielo*, considerando somente os idiomas português e espanhol. Tal levantamento e análise dos artigos científicos, sobre intervenção psicológica em grupo junto a adultos com dor crônica, não considerou o princípio de temporalidade, já que isso limitava o acesso ao material disponível. Foram localizados 15 resumos de artigos, publicados entre 2000 e 2011, (neste levantamento, não surgiram publicações entre 2012 e 2018), por meio das palavras-chave *dolor crónico + intervención grupal + intervención psicológica*. É importante esclarecer que 6 (seis) trabalhos publicados foram excluídos neste estudo, pois eram artigos de intervenção com criança (n=2), com pacientes oncológicos (n=2), pacientes com fraturas e dor de tipo cirúrgica (n=2). Nove estavam dentro dos critérios de inclusão (alusivos ao tema) (Tabela 1).

Dos nove trabalhos capturados (Tabela 01), observou-se que a quantidade de publicação anual, na primeira década (2000 a 2010) foi homogênea (um ao ano) com maioria no ano de 2011 (quatro publicações). Todas as publicações com pesquisas de campo, perfazendo 89% com estudos interventivos, dos quais 56% (n=5) eram intervenção em grupo. Referindo-se à população, 44% (n=4) foram mulheres/pacientes/pessoas e 33% (n=3) das publicações não citaram a população. Os países de origem das pesquisas foram

predominantemente europeus (n=6), sendo a Espanha (n=5) com mais estudos. A área que mais publicou foi a psicologia (n=3) e os principais resultados foram *significativos* em três estudos e *não citados* nos resultados de cinco estudos.

Dos estudos com grupos, o mais antigo foi o de Araújo-Soares & McIntyre (2000), feito na Universidade do Minho, Portugal, cujo departamento de Psicologia aliou-se ao departamento médico, promovendo um atendimento a 69 participantes, separados em dois grupos: controle (n=36) participantes receberam apenas os serviços habituais | grupo experimental (n=33) submetidos ao programa de intervenção psicológica multimodal e à intervenção *standard* dos serviços de ortopedia, medicina física de reabilitação e dor. O tipo de intervenção médica refletia um vasto conjunto de práticas médicas correntes para o tratamento em pessoas com dor crônica lombar, com melhores resultados para o grupo experimental. Observaram-se diminuições na frequência e intensidade da dor, nos níveis de morbidade física e psicológica, de sofrimento e depressão, com claros aumentos em termos das estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados dos testes de hipóteses e das análises efetuadas confirmaram um conjunto de dados da literatura, que indicam a força sinérgica desse tipo de intervenção, conjugada com a médica no tratamento de pacientes com dor crônica.

A fibromialgia foi o tema que Rodríguez-Muñiz, Orta-González & Amashta-Nieto (2010) trataram em seu estudo na enfermaria comunitária, de San Bartolomé de la Torre - Servicio Andaluz de Salud, na Espanha, com profissionais de saúde (em Educação continuada). Sem citar os resultados, os pesquisadores expõem que se trata de atividade educativa, para que os profissionais de saúde possam atualizar seus conhecimentos sobre a síndrome de dor crônica.

Dessa maneira, segundo Rodríguez-Muñiz, Orta-González & Amashta-Nieto (2010), é possível promover entre os pacientes a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para poder compreender e aceitar a enfermidade, favorecer a comunicação, ensinar a viver saudavelmente e fomentar a socialização. Atuou-se de modo individual, personalizado, e também coletiva, com a realização de oficinas de relaxamento, atividade física, autoestima, higiene postural e intervenção psicológica. Como metodologia, utilizaram exposições teóricas como método interrogativo e de dinâmicas grupais.

A dor miofascial foi tema do estudo mexicano de Palacios & Trejo (2011), que apontou os efeitos psicológicos e físicos da modulação autonômica autonômica, em que 30 mulheres com dor miofascial foram atribuídas, aleatoriamente, a um grupo experimental (treinamento) ou de controle (práticas para a saúde). Nessa publicação mencionaram-se apenas os instrumentos de coleta de dados pré e pós-intervenção: para atividade autonômica (Temperatura Periférica e Eletromiografia de Superfície), o estado cognitivo-emocional (Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck) e, mediante escalas de qualificação numérica, os sintomas diagnósticos de dor miofascial (Banda sensível, nódulo suave e dor de pressão digital), assim como a intensidade percebida de dor.

Sem citar como foi a intervenção em si, Palacios & Trejo (2011) destacaram que, ao final, o grupo que recebeu treinamento mostrou decréscimo em todas as variáveis; enquanto o grupo controle, não. Os resultados são congruentes com o proposto na Teoria Polivagal, em que vários tipos de comportamentos e emoções têm condicionantes fisiológicos entre o nervo vago e os nervos cranianos, promovendo, assim, as interações sociais, por meio da fala e das expressões faciais. Por isso, é possível que o desenvolvimento e permanência de síndromes crônicas, na região facial, estejam relacionados ao tipo de atividade nervosa-adaptativa dos pacientes. Os autores discutiram as implicações desses achados para a medicina comportamental.

O desafio do enfrentamento ativo da dor crônica foi o tema da pesquisa de Marín, Martín, Cofiño, Campos, Miguel e Río-Martín. (2011) que, sem descreverem a amostra e o processo interventivo, apresentaram o programa de atendimento psicológico à dor crônica como um programa de intervenção psicológica grupal, com pacientes atendidos na Unidade de Dor do Hospital Universitário de Getafe, Espanha, que sofrem de diferentes patologias associadas à dor crônica. Este programa surgiu a partir da colaboração entre os Serviços de Saúde Mental, Unidade de Dor e Reabilitação, com o objetivo de proporcionar estratégias de enfrentamento aos pacientes, ante os sentimentos e pensamentos negativos relacionados à dor, além de promover uma posição como agentes ativos frente à enfermidade.

Ao se tratar de autonomia e funcionalidade, Benito, Nadador, Fernández-Alcnaud, Hernández-Salvan, Ruiz-Castro & Riquelme (2006), sem citar amostra e resultados, contaram uma experiência da Unidade de Dor do Hospital Universitário Príncipe de Astúrias, em Alcalá de Henares, Espanha. A intervenção proposta se baseou em diversas técnicas de aplicação grupal, combinando, em cada paciente, aquelas que se mostraram úteis

para aumentar a funcionalidade e a autonomia. Técnicas: relaxamento muscular progressivo, técnicas de respiração, técnicas cognitivas (transformação imaginativa da dor e do contexto, desvio por meio do pensamento e de estímulos externos e somatização).

Ao se analisar criticamente, esses primeiros estudos, é possível perceber que as intervenções psicológicas vêm sendo associadas a outras práticas interventivas, especialmente a médica. O atendimento interdisciplinar aos pacientes de dor crônica é imprescindível, já que se trata, como mencionado anteriormente, de quadro permanente de dor, que dificulta as atividades diárias e interfere na qualidade vida, precisando de atenção constante, tanto ao corpo quanto ao psiquismo. O fato de os estudos não mencionarem a intervenção ou a amostra estudada dificulta a replicação do estudo e dá margem ao questionamento da validade dos resultados, sendo inclusive pouco contributivo a aqueles que dela precisam. Tendo em vista os benefícios, em geral, dos diversos tipos de intervenção no bem-estar e na qualidade de vida de pacientes com dor crônica, relatada pela literatura, desde as unidisciplinares, como as intervenções psicológicas, até as interdisciplinares envolvendo várias áreas do conhecimento, a Tabela 01 apresenta esse levantamento.

O segundo levantamento, no idioma inglês, foi elaborado a partir da apreciação dos artigos científicos publicados em periódicos indexados na base de dados PsycInfo (APA, 2019), que é um banco de dados eletrônico da Associação Americana de Psicologia\_APA, e que proporciona uma cobertura sistemática da literatura psicológica, com produções a partir do ano 1800 até o presente, disponibilizadas aos associados da APA ou a aqueles que, por meio de parceria, possam pagar por seus artigos. Essa base de dados foi escolhida pelas mesmas razões citadas acima: (1) ser considerada uma fonte de artigos científicos reconhecida pela comunidade científica internacional; (2) permitir uma ampla pesquisa e busca de resumos de artigos, capítulos de livros, dissertações, teses, entre outros; (3) abranger periódicos de área específica do conhecimento de psicologia.

Foram utilizadas na busca bibliográfica as seguintes palavras-chave: Intervenção psicológica e dor crônica (*group intervention* e *chronic pain*), em língua inglesa, sem determinar o tipo de periódico em que foi publicado. Os critérios de inclusão adotados foram: o texto citar ser pesquisa de intervenção e a população estudada deveria ter dor crônica. As publicações obedeceram ao princípio de temporalidade de um ano (todas em 2018).

**Tabela 01 - Artigos publicados no Scielo\* (n=9) e no PsicInfo\*\* (n=29). SP, 2019.**

Artigo	Scielo		PsicInfo	
	F	%	F	%
<b>Ano publicação</b>				
2000, 2005, 2006, 2009 e 2010	5	66	0	0
2011	4	44	0	0
2018	0	0	29	100
<b>Pais de origem do estudo</b>				
Espanha	5	56	2	7
Portugal	1	11	0	0
Brasil	1	11	0	0
Colômbia	1	11	0	0
México	1	11	0	0
Canadá	0	0	1	3
Estados Unidos da América	0	0	1	3
Japão	0	0	1	3
Sem informação	0	0	24	83
<b>Tipo de Estudo</b>				
Interventivo	8	89	25	86
Não interventivo	1	11	4	14
<b>Intervenção</b>				
Grupo	5	56	7	24
Grupo + Individual	1	11	0	0
Individual	0	0	7	24
Intervenção sem citação de tipo	2	22	11	38
Sem Intervenção	1	11	4	14
<b>População da Intervenção</b>				
Profissionais	2	22	0	0
Mulheres/Pacientes/Pessoas	4	44	3	10
Sem Informação	3	33	18	62
Idoso	0	0	3	10
Mista (Homem e mulher)	0	0	2	7
Adolescente	0	0	1	3
Artigo teórico	0	0	2	7
<b>Área Profissional</b>				
Psicologia	3	33	29	100
Enfermagem	2	22	0	0
Dor	2	22	0	0
Saúde Mental / Neuropsiquiatria	2	22	0	0
<b>Resultados</b>				
Significativos	3	33	14	48
Pouco significativos	0	0	5	17
Médio significativo	0	0	4	14
Levantamento informações	1	11	0	0
Sem informação	5	56	6	21

Fonte: Autora

\*scielo.org \*\*apa.org,

Foi feito o procedimento de leitura dos 61 resumos encontrados inicialmente, dos quais 32 estavam fora dos critérios de inclusão (os participantes sofriam de dor pós-cirúrgica, estudos sem intervenção, participantes de programas que não mencionavam dor entre outros) e foram descartados. Nos demais (n=29), foi feita a leitura integral do artigo, resultando num fichamento (e tabelamento) individual dos trabalhos avaliados e, posteriormente, foi feita descrição, de forma Quantitativa, pois se utilizou-se prioritariamente a estatística descritiva.

Os 29 estudos selecionados eram 100% artigos científicos, resultantes majoritariamente pesquisas de campo, correspondendo a 93%, com delineamento do tipo experimental (55%), interventiva (86%), embora a maioria não tenha citado o tipo de intervenção (38%), as mais frequentemente citadas foram em grupo e individual (24% cada), não invasiva (n=12 ou 48%), com resultados significativos (48%) na maioria deles (Tabela1). A seguir apresentam-se os resultados mais importantes citados nas publicações.

Quanto ao **Tipo de estudo**, os resultados mostram que houveram mais pesquisas de campo (n=27), com delineamento do tipo experimental (n=16), como o estudo piloto de laboratório conduzido por Powers; Madan; Hilbert; Reeves; George; Nash; & Borckardt (2018), que investigou a combinação de uma breve intervenção de reestruturação cognitiva e a estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) sobre o córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo, afetando a tolerância à dor. O estudo experimental, conduzido na Universidade de Medicina da Carolina do Sul, com 79 voluntários adultos saudáveis, cuja metodologia utilizada contemplou randomização em um dos seis grupos: 1) anódica - Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC), mais uma breve intervenção cognitiva (BCI); 2) ETCC anódica mais educação sobre dor; 3) ETCC catódica mais BCI; 4) ETCC catódica mais educação sobre dor; 5) sham ETCC mais BCI; e 6) sham ETCC, mais educação sobre dor. Os participantes foram submetidos a testes de tolerância à dor térmica, pré e pós-intervenção, usando o Método dos Limites, cujos resultados indicaram: um efeito significativo para o tempo (pré-pós-intervenção), bem como para a tolerância à dor térmica basal (covariável) no modelo. Um efeito significativo de interação grupo x tempo foi encontrado na tolerância à dor térmica. Cada um dos cinco grupos que recebeu, pelo menos, uma intervenção ativa, superou o grupo que recebeu apenas ETCC simulado e, apenas, a educação sobre dor (ou seja, grupo controle), com exceção do grupo anódico de ETCC + somente educação. A CDTc catódica combinada com a BCI produziu o maior efeito

analgésico. O estudo concluiu: a combinação de ETCC catódica com BCI produziu o maior efeito analgésico de todas as condições testadas. O estudo é muito completo e sugere que pesquisas futuras possam encontrar efeitos interativos mais fortes da ETCC combinada e uma intervenção cognitiva, com doses maiores de cada intervenção. Como esse piloto de laboratório controlado empregou um análogo da dor aguda, e a intervenção cognitiva não representou autenticamente à terapia cognitivo-comportamental *per se*, as implicações dos achados sobre o manejo da dor crônica permanecem obscuras.

Sobre os **participantes das pesquisas**, houve pequenas amostras (menor n=16) e grandes amostragens (maior n= 2898 pessoas), soma-se um total de 5367 pessoas, com uma média de 185 participantes por estudo e mediana de 67 pessoas/estudo, sendo que a maioria dos estudos teve de 16 a 50 participantes (n=13), seguida de 51 a 100 (n=7).

A maior parte das pesquisas (62%) teve participantes *não identificados*. Nessa categoria foram agrupados os estudos que citavam: amostra, sujeitos, pacientes, pessoas, participantes, profissionais, como no estudo de Turner; Liang; Rodriguez; Bobadilla; Simmonds & Yin (2018), que randomizou, principalmente, pacientes hispânicos de baixa renda, para receber o programa em seis sessões individuais com um educador de saúde treinado em *clínica*; ou em oito palestras em grupo, por especialistas da comunidade, cujas análises de intenção de tratamento, em modelos lineares de efeitos mistos, foram conduzidas para cinco desfechos secundários aos seis meses, incluindo gravidade e interferência da dor do Inventário Breve de Dor, Questionário de Saúde do Paciente-9, Sumário de 12 Itens do Short-Form Survey Mental Component e Tampa Escala de cinesiofobia-11. Os resultados desse estudo demonstram que, entre os participantes, o grupo *clínica* melhorou em quatro medidas, e o grupo *comunitário* em três medidas (todas  $P < 0,05$ ). Os tamanhos dos efeitos foram de pequenos a moderados (0,41 a 0,52). Nas análises de intenção de tratar, ambos os grupos melhoraram de quatro a cinco medidas (todas  $P < 0,001$ ) versus linha de base, com alterações clinicamente significativas na gravidade e interferência da dor, do Inventário de Dor Breve. Os participantes citados, mulheres/idosos, estiveram presentes em 10% dos estudos cada; os 18% restantes foram pesquisas com amostra mista ou artigos teóricos (n=2 ou 7% cada), ou ainda adolescentes (3%), parecendo ter havido uma ampliação do campo interventivo, a fim de contribuir com os estudos que focalizam a dor crônica no curso de vida.

Ao se mencionar o **Tipo de intervenção**, dos 25 trabalhos que citaram intervenções, 11 (38%) não citaram o formato em que foi feita a intervenção o que prejudica a replicação do estudo e fragiliza os resultados. Do total, as pesquisas interventivas mais frequentemente citadas (n=12 ou 48%) foram as *não-invasivas*, como: educação em saúde, grupos, reunião clínica, interdisciplinar com psicólogo, psicológica *on line* e/ou artística. Como a pesquisa de Williams, A.; Dongen; Kamper; O'Brien; Wolfenden; Yoong; Hodder; Lee; Robson; Haskins; Rissel; Wiggers; & Williams (2018), que testou uma intervenção multimodal que incluiu aconselhamento breve, uma consulta clínica, além de encaminhamento para um serviço de coaching de estilo de vida saudável, por telefone, durante seis meses. O desfecho primário foi: anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs). Os desfechos secundários foram: mudanças na intensidade da dor, incapacidade, peso e índice de massa corporal. Os custos destinaram-se à intervenção, utilização de cuidados com a saúde e ao absentismo no trabalho. Os resultados desse estudo mostraram-se significativos e com custos mais baixos do que as intervenções tradicionais.

#### **D - APOIAR: Serviço e Projeto de Atendimento Psicológico**

Por ser este trabalho, aqui apresentado, desenvolvido como uma contribuição ao grupo e pesquisa clínica denominada APOIAR faz-se, a seguir, um breve resumo das propostas nas quais se insere a pesquisa dentro das proposições que vem sendo desenvolvidas pelo grupo.

O APOIAR é um Serviço abrigado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e está inserido no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a coordenação da Profa. Livre-Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (Gil, 2011). Ao enfatizar seu compromisso com o tripé: docência, pesquisa e assistência à comunidade, tem por objetivo principal:

“a constituição de um espaço interinstitucional propiciador de estudos e pesquisas voltadas para a formação do psicólogo clínico como trabalhador de saúde mental em equipamentos de saúde, além de propor atendimentos clínicos diferenciados, sob uma perspectiva psicanaliticamente orientada” (Tardivo, 2004, p. 41)

O APOIAR fundamenta-se na noção de profilaxia, diminuição do sofrimento psíquico e melhora nas condições de saúde. Desse modo atuando nas três esferas de cuidado

ao sofrimento humano: atenção primária (prevenção, visando promoção de melhores condições de vida), secundária (intervenção naquilo que já se instalou como doença) e terciária (reinserção social daquele que esteve impossibilitado de usufruir a vida plenamente) (Tardivo, 2004 e 2008). Esse serviço está disponível a todas as pessoas, não necessariamente as ditas ‘doentes’, especialmente àquelas que não encontram atendimento nas redes pública ou privada. As parcerias com outras instituições permitem encaminhamentos e interconsultas, garantindo o caráter interdisciplinar de muitos dos atendimentos realizados no serviço contemplando, na maioria das vezes, o atendimento integral à pessoa.

Desse modo, o APOIAR funciona como berço de pesquisa em numerosas áreas temáticas: Envelhecimento (Gil & Tardivo, 2011; Salles & Tardivo, 2017), Dor crônica (Vitorino & Tardivo, 2019), Autolesão na adolescência (Chaves, 2018), entre muitas outras, contemplando diferentes faixas etárias e sofrimentos (contemporâneos) característicos de cada fase da vida. Conduzidas por alunos de pós-graduação (nível mestrado e doutorado), de graduação (em disciplinas obrigatórias) e voluntários (psicólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra etc), essas pesquisas, orientadas e coordenadas pela professora supracitada, estão embasadas teoricamente na psicanálise, especialmente a de Donald Woods Winnicott (Tardivo, 2004 e 2008; Gil & Tardivo, 2011; Salles & Tardivo, 2017; Chaves, 2018).

Dentro dessa perspectiva, o serviço ancora-se em três fundamentos teóricos Winnicottianos: (1) Consultas Terapêuticas; (2) Jogo do Rabisco e (3) Transicionalidade (Gil & Tardivo, 2011; Salles & Tardivo, 2017). Considerando as necessidades de atendimento menos prolongado, usa-se frequentemente nas pesquisas, desenvolvidas no serviço, além dos enquadres diferenciados (individual e em grupo), o psicodiagnóstico interventivo como técnica que favorece atendimentos mais breves, alinhados com a perspectiva da ‘consulta terapêutica’. Nesses casos, as técnicas interventivas e facilitadoras na comunicação entre paciente e analista tornam os atendimentos mais eficientes, assim as técnicas projetivas e o jogo do rabisco funcionam de modo abrangente.

Neste cenário, as entrevistas e aplicações de instrumentos adquirem o *status* de ‘brincar’, atividade essencial na clínica Winnicottiana porque favorece a transicionalidade. Explicando melhor, o atendimento como uma brincadeira entre paciente e analista cria as condições (um espaço de experiências em que o paciente vive junto realidade e fantasia) que favorecem o desenvolvimento e amadurecimento pessoal, culminando no restabelecimento do equilíbrio emocional, pois o existir (viver o psíquico e o soma integrados) acontece nesse

espaço de transição entre o que é (um corpo [soma] e um psiquismo não integrados) e o que pode vir-a-ser (um psicossoma) (Dias, 2014; Laurentiis, 2016).

Como já apontado, foram realizados diversos estudos e a proposta terapêutica grupal em dor crônica, junto dos psicodiagnósticos realizados na presente pesquisa, se coadunam com a busca de alternativas e propostas que visem a melhora do sofrimento psíquico enfrentado pela população hoje, e se configura, ao mesmo tempo, em produção científica, completando o tripé: docência, pesquisa e assistência à comunidade.

## CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Como visto na literatura levantada, ainda há muito que se fazer para atender a população que sofre de dor crônica. Desse modo, esta pesquisa se justifica cientificamente, pois toda investigação feita com rigor e dentro dos preceitos éticos são, *a priori*, contributivos ao desenvolvimento científico da comunidade acadêmica e, conseqüentemente, do país.

É importante destacar, também, a justificativa social, pois a ciência oferece oportunidades de desenvolvimento biopsicossocial às pessoas, portanto, à sociedade. Considerando-se que todo resultado de uma investigação científica reflete um momento social e histórico singular e ponderando que o atual contexto brasileiro é de múltiplas possibilidades de estudo sobre o paciente com dor crônica e os processos de adoecimento, institucionalmente, este trabalho tem como meta final ser uma colaboração para a produção científica da área de Psicologia. Área de estudo que prioriza o enfoque integral do sofrimento humano, porque compreende o fenômeno da dor crônica como um objeto de estudo multideterminado e multifacetado, sendo necessária a integração das diversas áreas do conhecimento para a melhor investigação e produção de conhecimento sobre esse tema.

A presente pesquisa se justifica institucionalmente, pois o conhecimento sobre a dor crônica e sua ligação com as emoções, do ponto de vista da maturidade e uso dos mecanismos de defesa do ego (área da psicologia psicodinâmica) pode ser academicamente melhorado e, posteriormente, replicado em instituições de atendimento públicas e privadas, por ser um método barato de intervenção. A pesquisadora elaborou uma pesquisa para estudar o impacto da intervenção psicológica sobre um grupo de pacientes com dor crônica, levando em consideração suas condições biopsicossociais, sendo a seguir apresentados os objetivos e o percurso metodológico.

Sendo assim, podem ser citados os objetivos gerais: apresentar e estudar os efeitos de uma intervenção psicológica grupal, visando a diminuição dos episódios de dor crônica. Para tanto, objetivou-se, especificamente: Comparar efeitos pré e pós-intervenção grupal: nos índices de depressão e nas atitudes de enfrentamento da dor.

## **CAPÍTULO III – MÉTODO**

### **A -TIPO DE MÉTODO – CLÍNICO**

Trata-se de uma pesquisa de campo, interventiva, com grupo único, descritiva, (Volpato & colaboradores, 2013) e de abordagem qualitativa-quantitativa (Turato, 2005; 2011). Desse modo o estudo se baseia na busca da compreensão da dinâmica do ser humano, partindo do significado vivenciado pelo indivíduo (Turato, 2005; 2011). Buscou-se, na análise qualitativa, tornar o objeto um construto que de modo geral predominasse “a lógica dos atores em sua diversidade e não apenas as suas falas, dentro de uma narrativa teorizada, contextualizada, concisa e clara” (Minayo, 2012, p. 621).

As escalas, inventários (dados numéricos característicos de cada um) e os testes projetivos (informações passíveis de interpretação) foram analisados conforme os parâmetros de cada técnica utilizada, utilizando-se o manual de aplicação com o objetivo de compreender a dinâmica emocional do participante. As narrativas referentes às sessões foram apresentadas em seus aspectos qualitativos.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Conforme orienta a legislação brasileira por meio das Resoluções: 466/2012 e 510/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016), a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), sob título “Dor Crônica: sofrimento psíquico e repercussões emocionais em adultos e idosos”, com parecer número: 2.231.487 e CAEE: 66818117.0.00005561 em 21 de agosto 2017. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e tiveram acesso integral às informações e a todas as contrapartidas que se fizessem necessárias.

### **B- PARTICIPANTES**

Participaram do estudo sete pessoas: seis mulheres e um homem, entre 23 e 82 anos, (média 60 anos - mediana 68 anos). Três solteiras, com maior frequência de escolaridade Ensino superior (n=5). Embora a literatura gerontológica (Salles, 2018) aponte divisão entre

as faixas etárias, a presente pesquisa não estabeleceu intervalos de preferência, atendendo à todas as faixas etárias de idosos que procurassem o serviço.

<b>Nome fictício<sup>1</sup></b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Dor</b>	<b>Tratamento</b>
Ana	70	Solteira	Superior	Professora	Coluna/Corpo	Ortopedista
Maria	79	Solteira	Superior	Professora	Pernas/Corpo	Ortopedista
Rosalva	23	Casada	Superior	Bióloga	Face	Neurologista
Paulo	62	divorciado	Superior	Palestrante	Corpo	Multidisciplinar
Clarice	39	Casada	Superior	Professora	Enxaqueca	Neurologista
Tereza	68	Solteira	Ensino Méd.	Func. Pública	Articulações / Corpo	Ortopedista
Josefa	82	Viúva	Ensino Fund.	Faxineira	Estômago	Gastroenterologista

<sup>1</sup> Nomes fictícios para preservação da identidade dos participantes.

#### *Crítérios de Inclusão:*

- 1) Ter 18 anos ou mais, contemplando assim adultos e idosos;
- 2) Ter o diagnóstico clínico de dor crônica atestado por médico ou dentista, acompanhado do respectivo código da Classificação Internacional de Doenças (CID);
- 3) Ter disponibilidade para participar de 12 encontros (Dois de avaliação [de cinquenta minutos de duração cada] pré e pós-intervenção e 10 encontros de intervenção [de noventa minutos de duração]) a serem realizados na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia do CEIP/USP.

#### *Crítérios de Não-inclusão*

- 1) Participantes com comprometimento na fala e expressão verbal, impossibilitando responder aos instrumentos de avaliação que demandassem resposta oral; participantes com comprometimento na visão, dificultando e/ou impossibilitando a aplicação dos Testes Temáticos (TAT e SAT) que envolvem estímulos visuais e a realização de desenhos

### *Crêterios de Exclusão durante a pesquisa*

- 1) Expressar desconforto durante o atendimento dentro do grupo, de maneira que exigisse atendimento individual.
- 2) Frequência abaixo de 25% que comprometa a interven o ou impeça a mensura o/interpreta o das informa es.
- 3) Não preenchimento dos instrumentos p s-interven o.

## **C – INSTRUMENTOS**

Foram utilizados cinco instrumentos para a coleta de dados: (1) Roteiro de entrevista individual semidirigida (apêndice 2); (2) Questionário sociodemográfico (apêndice 3); (3) Teste de Apercep o Temática [TAT] (para adultos) ou Teste de Apercep o Temática S nior SAT (para idosos); (4) Inventários de depressão: Escala Batista de Depressão (EBADEP) para adultos até 59 anos e 11 meses e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para idosos com 60 anos ou mais (anexo B) e (4) Inventário de Atitudes frente   Dor breve (IAD-30) (anexo C); descritos, detalhadamente, a seguir.

### **Perfil sociodemográfico e história da dor crônica**

No primeiro encontro, de uma hora e meia, foi realizada uma entrevista individual com cada participante com o objetivo de coletar os dados sociodemográficos (descri o do perfil da amostra), e informa es necessárias para forma o de um quadro geral de percep es individuais e grupais que permitiram a forma o do grupo (n=11). Para isso foi utilizado um Questionário de Caracteriza o Sociodemográfica, seguida de um roteiro de entrevista Semidirigida com quatro perguntas que enfocaram o histórico pessoal e de saúde de cada participante relacionado ao quadro clínico de dor, ambos os instrumentos, produzidos pelo grupo de estudos em Dor Crônica (Apêndice 02).

### **Avalia o de estados emocionais**

Para avalia o quantitativa dos estados emocionais, dos adultos até 59 anos e 11 meses, foram considerados os resultados obtidos com a aplica o da Escala Batista de Depressão (Batista & Gomes 2011, Batista, 2012). A escala   constituída por 90 frases,

as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens. Cada item apresenta um indicador de sintomatologia com uma frase de cunho positivo e outra, no seu oposto, negativa. Ela foi estruturada em formato Likert de quatro pontos, possibilitando respostas entre zero e três, com pontuação, total da escala, mínima de zero e máxima de 135 pontos.

Para sua interpretação, considerou-se a orientação do manual de que, quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão (Baptista; Gomes, 2011). Esse inventário pretendeu levantar o nível de depressão entre os participantes desta pesquisa, contudo esse não era um critério de inclusão no grupo de atendimento, por isso não foram estratificados por *scores*; todos os participantes, que se dispuseram a participar da pesquisa, foram encaminhados à formação do grupo de intervenção.

Para os idosos (60 anos ou mais) foi utilizada a versão abreviada da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) que foi elaborada por Yesavage *et al* (1983), tendo como objetivo mensurar a presença e a intensidade de sintomas depressivos na população idosa. Trata-se de uma escala de fácil aplicação, composta por respostas do tipo Sim/Não. Sua versão original é composta por 30 perguntas, possuindo também versões reduzidas com 15, 12, 10, quatro e uma perguntas. Neste estudo foi utilizada a versão abreviada de 15 perguntas, adaptada e validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999) considerou-se deprimido, de leve a moderado, aquele que pontuou cinco pontos ou mais, sendo a partir de 11 pontos considerado deprimido severo. Reafirmando que este não era um critério de inclusão na pesquisa. Em casos de participantes não alfabetizados e/ou que possuíram dificuldades para leitura, os itens foram lidos em voz alta pela pesquisadora que assinalou a respostas fornecidas pelo participante.

### **Avaliação Psicodinâmica**

Com a finalidade de auxiliar a entrevista e as escalas, já citadas, e facilitar a relação terapêutica, objetivando identificar os aspectos latentes do manifestado na entrevista, para os adultos até 59 anos e 11 meses, foi utilizado o Teste de Apercepção Temática (TAT). Trata-se de uma técnica projetiva criada por Henry Murray e Christiana Morgan em 1935 com o objetivo de avaliar a personalidade humana a partir de aspectos como: dinâmica entre as instâncias psíquicas e percepção do ambiente; relações com figuras significativas;

imagem de si mesmo; momentos importantes na história de vida do indivíduo (Murray, 2005).

A tarefa consiste em apresentar um conjunto de pranchas com ilustrações que tratam do desenvolvimento humano sob a perspectiva psicodinâmica, solicitando ao participante a construção de histórias com começo, meio e fim. Em sua versão original o teste é composto por 31 pranchas com distinções quanto ao sexo e idade do participante, sendo a proposta completa de 20 quadros, podendo ser empregadas outras composições de pranchas. Neste estudo foram utilizadas três (3) de suas pranchas, a saber: 1,3RH e 13 HF (Anexo A).

A seleção destas pranchas levou em consideração a relação entre suas normas temáticas (os temas que cada uma destas pranchas evoca no participante) e a relação com os objetivos do estudo em questão. Desse modo, a prancha 1 é composta pela figura de um menino frente a um violino, tem como tema, entre outros, as atitudes frente ao dever, autoridade e ideal de ego. A prancha 3RH retrata um rapaz reclinado no divã e evoca temas relacionados à depressão e frustrações e a prancha 13 HF, que é composta pelo desenho de uma mulher sobre a cama e um jovem de pé, por sua vez, tem como temas mais recorrentes estórias relacionadas à sentimento de culpa, relacionamentos e conflitos no amor e quanto à sexualidade (Murray, 2005). Para o participante, a tarefa deste instrumento envolve contar histórias com começo, meio e fim (o fim não necessariamente aparece, nesse caso pode-se perguntar como termina a história) para cada prancha apresentada. O indivíduo tem total liberdade para criar as histórias da forma como preferir.

É importante destacar que, em se tratando de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, foram utilizadas as pranchas do Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT), seguindo as mesmas instruções relatadas para o TAT. O SAT foi criado por Leopold Bellak e Sonya S. Bellak (1949/1992), inspirado no Teste de Apercepção Temática (TAT). O SAT é constituído por 17 pranchas com temáticas referentes ao envelhecimento, caracterizando-se como um teste projetivo que possibilita a investigação de questões e problemáticas específicas desta etapa da vida (Bellak & Abrams, 1998). Esse instrumento foi validado no Brasil por Tardivo e colaboradores em 2012.

Assim como o TAT, a tarefa deste teste consiste na solicitação, ao participante, de uma história com começo, meio e fim (que, não necessariamente aparece, nesse caso pode-

ser perguntado como termina a história). Para este estudo foram utilizadas três pranchas de número 6, 10 e 14 (Anexo A), tendo em vista a relação entre os objetivos do estudo e as normas temáticas estipuladas pelo manual para cada uma das pranchas em questão. A figura 6 é denominada “*Telefone*” e evoca temas relacionados à ansiedade, situações e sentimentos de cunho negativo. Retrata uma mulher frente a um telefone. A figura 10 “*No quarto*”, mostra um homem idoso deitado em uma cama. O estímulo é considerado útil para investigação dos recursos do sujeito e estratégias de enfrentamento diante de situações de impotência, solidão, doença e morte. A figura 14 “*No banheiro*”, retrata uma pessoa frente a um armário de banheiro e evoca temas como autonomia e dependência para cuidar de si, cuidados pessoais e necessidade de tomar remédios frente ao adoecimento.

Ambos os testes projetivos foram registrados e interpretados conforme orientação do manual (TAT) adaptado e validado para população brasileira, atualmente em sua terceira edição (Murray, 2005). Foram reaplicados somente na pré-intervenção, pois, por se tratar de curto período (três meses), entre a primeira e última aplicação seguiu-se a orientação do manual em não reaplicar.

### **Avaliação do enfrentamento da dor**

Para levantar as atitudes frente à dor foi utilizada a versão abreviada do Inventário de Atitudes frente à dor crônica (IAD-30). Trata-se de um instrumento composto por vinte e oito itens, que tem por objetivo avaliar as crenças sobre dor crônica relacionadas aos eixos: controle, emoção, solicitude, cura médica, dano físico, incapacidade e medicação (Pimenta, Kurita, Silva & Cruz, 2009). É um instrumento de múltipla escolha, sendo, portanto, autoaplicável. Composto por trinta afirmativas, cujas respostas podem variar entre zero e 4 pontos, significando em zero que a afirmativa é totalmente falsa; 1: Quase falsa; 2: Nem verdadeira nem falsa; 3: Quase verdadeira e 4: Totalmente verdadeira, portanto a pontuação total da escala poderia variar entre zero e 120 pontos. A combinação das pontuações das perguntas, conforme orientação da autora, deu origem aos domínios: controle (questões: 1, 12, 17, 20 e 22); emoção (questões: 6, 10, 15 e 25 ); solicitude (questões: 3, 7, 9, 14 e 18 ); cura médica (questões: 4, 8, 21, 24 e 29 ); dano físico (questões: 11, 16, 19, 27 e 28 ); incapacidade (questões: 23, 26 e 30) e medicação (questões: 2, 5 e 13 ); sendo que nove questões: 4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 foram

pontuadas de forma reversa, ou seja, subtraindo-se 4 do assinalado pelo participante. Em caso de participantes não alfabetizados e/ou que possuíram dificuldades para leitura, as instruções foram lidos em voz alta e os assinalamentos foram feitos pela pesquisadora, segundo a indicação dos participantes.

## **D- PROCEDIMENTOS**

### **Divulgação à comunidade**

A divulgação da pesquisa foi feita de forma direta, ou seja, convidando os participantes ou por meio do encaminhamento por profissionais (enfermagem e psicologia) que lidam com pacientes dentro do perfil. O local de divulgação foi a Universidade de São Paulo nos departamentos: Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas (HCFMUSP); Instituto de Psicologia (IPUSP) e Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade universitária. Foi confeccionado, ainda, um cartaz de divulgação da pesquisa, que foi repassado por meio de rede social, de fácil visualização contendo informações sobre os critérios de inclusão e o e-mail para inscrição na presente pesquisa.

### ***1ª Fase – Coleta de dados pré-intervenção***

Inicialmente, foi realizada uma entrevista individual em que a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo (Apêndice 01) da pesquisa, neste momento foi explicitado o objetivo da pesquisa, ressaltados os principais pontos do documento e esclarecidas todas as dúvidas dos participantes.

Após a autorização (por meio da assinatura do TCLE) foi realizada a coleta de dados por meio da aplicação nesta ordem, dos seguintes instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico, (2) entrevista semidirigida, (3) inventário de atitudes frente à dor crônica (IAD-30), (4) o Teste de Apercepção Temática (TAT) (para os adultos até 59 anos) ou Teste de Apercepção Temática para idosos (SAT) (para aqueles com idade igual ou acima dos 60 anos), conforme a idade do participante), (5) Escala Baptista de ABADEP-A (para os adultos até 59 anos) ou a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (para aqueles com idade igual ou acima dos 60 anos). Essa fase foi considerada a 1ª /12 encontros (10 sessões de intervenção e duas de entrevista: inicial e de desligamento) .

O objetivo desta primeira fase foi estabelecer um psicodiagnóstico para posterior formação do grupo de intervenção.

### ***2ª Fase – Intervenção Psicoterapêutica***

Foram realizadas 10 sessões, num único grupo, com encontros semanais que duraram 90 minutos cada, marcados previamente com os participantes, no Centro de Estudos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEIPUSP), na sala do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

Os temas discutidos foram levantados junto ao grupo a cada sessão ao longo das demais nove sessões, já que na 10ª sessão (respectivamente 11º encontro com as pesquisadoras) foi tratado o tema do desligamento do grupo. Na 12ª sessão foi feita a entrevista de pós-intervenção. Do total de doze encontros, houve 10 sessões de intervenção.

O método de trabalho psicológico foi guiado pela técnica de grupo psicoterapêutico, como idealizado por Bleger (1989), psicólogo que atuou na Argentina com larga experiência em trabalhos com diferentes grupos e enquadres. O trabalho com grupos ocorreu sempre com a delimitação de um foco (tema central) que norteou as discussões e que tinha relevância para a situação emocional apresentada pelo grupo com vistas a colaborar para a qualidade de vida dos participantes, desse modo adquirindo um caráter psicoeducativo e terapêutico (Gatti, Witter, Gil & Vitorino, 2015).

A percepção grupal foi construída à medida que os encontros avançaram, já que um grupo constitui uma formação caracterizada por ter um objetivo comum aos participantes do grupo, nesse caso diminuir as crises de dor, e, a partir do vivenciado no grupo (num espaço-tempo em que cada indivíduo contribui com o outro, interagindo entre si), em que, ao mesmo tempo, que modifica é também modificado pelo outro, dando vida a um novo saber sincrético a esse grupo. Esse saber estará em constante transformação, já que, para os estudiosos de grupos, o saber está sempre sendo recriado de acordo com as diversas (e mutantes) formações grupais existentes (Bleger, 1989; Zimerman, 1993).

Nas discussões grupais, os aspectos subjetivos individuais estiveram presentes muitas vezes. Privilegiaram-se, nas discussões, os aspectos que tinham relação com o tema central e que eram absorvidos pelo grupo, discutidos pelo grupo. Nesse modelo de trabalho o

psicólogo pesquisador atuou como um orientador das discussões, que deveriam resultar na geração de um novo saber acerca do tema *dor crônica* que tivesse relevância para os participantes.

As sessões foram registradas em um relatório escrito, a cada encontro. As intervenções só poderiam ser estabelecidas após o início das atividades, pois foram pautadas em temas trazidos pelo grupo sempre focando as questões de interesse dos participantes. Este modelo inspirou-se na pesquisa desenvolvida por Claudia Gil (2010) que, por sua vez, inspirara-se em Winnicott (1965/1994), em sua tese de Doutorado, assim como ela fez, foi proposto o uso de materialidades concretas, como objetos, cartas, fotografias e lembranças, como mediadores terapêuticos (Tardivo, 2013) que favoreceram a transicionalidade, pois permitiram o elo entre o passado e o presente. A materialidade foi empregada para facilitar as trocas entre os participantes, como mediador no contato entre os membros do grupo e o acesso aos temas discutidos. Houve situações em que os objetos eram trazidos de forma simbólica, ex. computador, estava em casa, mas o participante queria colocá-lo na cena-ambiente, então se escrevia esse nome num papel e o colocava no quadro magnético como objeto presente. Cada encontro teve uma mesma sequência: abertura, discussão, síntese da discussão e fechamento.

O grupo iniciou-se como um grupo fechado, mas, funcionou como grupo aberto, já recebeu novos participantes (durante seu funcionamento) até a sexta sessão. Os novos participantes eram atualizados com aquilo que já havia sido discutido antes e introduziam seus temas de interesse na sessão daquele dia e nos subsequentes o que parecem às coordenadoras do grupo uma ‘aceitação’ das condições de atendimento. Os participantes mais antigos pareciam felizes que mais pessoas adentrassem ao grupo trazendo suas histórias e dando-lhes oportunidade de contarem o que já haviam vivido no grupo.

O grupo foi coordenado, da primeira à última sessão, por duas terapeutas em co-terapia (Lopes & Hemsli, 2009). Esse modelo de atuação pressupõe que os co-terapeutas trabalhem “em absoluta condição de igualdade, quanto a funções, hierarquia e intervenções terapêuticas” (p. 83) e que ofereçam ao grupo “um espaço suficientemente estável, seguro e continente”, para os participantes possam entrar em “contato com seus verdadeiros sentimentos e emoções e possam pensar sobre eles” (p. 87).

### ***3ª Fase – Coleta de dados pós-intervenção***

Foi feita uma entrevista pós-desligamento, na semana posterior ao último encontro em que foram coletados, novamente, os dados usando os mesmos instrumentos aplicados na fase pré-intervenção, seguindo a mesma ordem: (1) Questionário sociodemográfico, (2) entrevista semidirigida, (3) Inventário de Atitudes frente à dor crônica (IAD-30), Escala Baptista de depressão-EBADEP-A (para os adultos até 59 anos) ou a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (para aqueles com idade igual ou acima dos 60 anos). O TAT/SAT não foi reaplicado após-intervenção, conforme orientação do manual, por se tratar de curto período (três meses) entre a primeira e última aplicação.

Após essa coleta foi feita uma devolutiva individual aos participantes com vistas a oferecer um fechamento adequado do atendimento e orientação e, se necessários, encaminhamentos aos que necessitassem.

### ***4ª Fase – Follow up – Seguimento: Após quatro meses - Coleta de dados ref. manutenção ganhos.***

Foi feito contato por telefone, após quatro meses do último encontro, em que foram coletados, novamente, os dados que permitiram identificar os ganhos que permaneceram nesse período; orientações e encaminhamentos foram oferecidos aos necessitados.

## **E - ANÁLISE DOS DADOS**

Foi realizada análise mista (quantitativa e qualitativa) dos dados coletados, sendo utilizada para a análise dos dados quantitativos (os dados Sociodemográficos, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e o Inventário de atitudes frente a dor [IAD-30]), a estatística descritiva (Siegel & Castelan, 2017) com o acréscimo de informações qualitativas coletadas nas entrevistas e nos encontros. Foi considerado o nível de significância de 5% que é o comumente adotado em pesquisas na área das ciências humanas e da saúde. Para a montagem do banco de dados foi usado o Microsoft Excel (Pacote Office 2007).

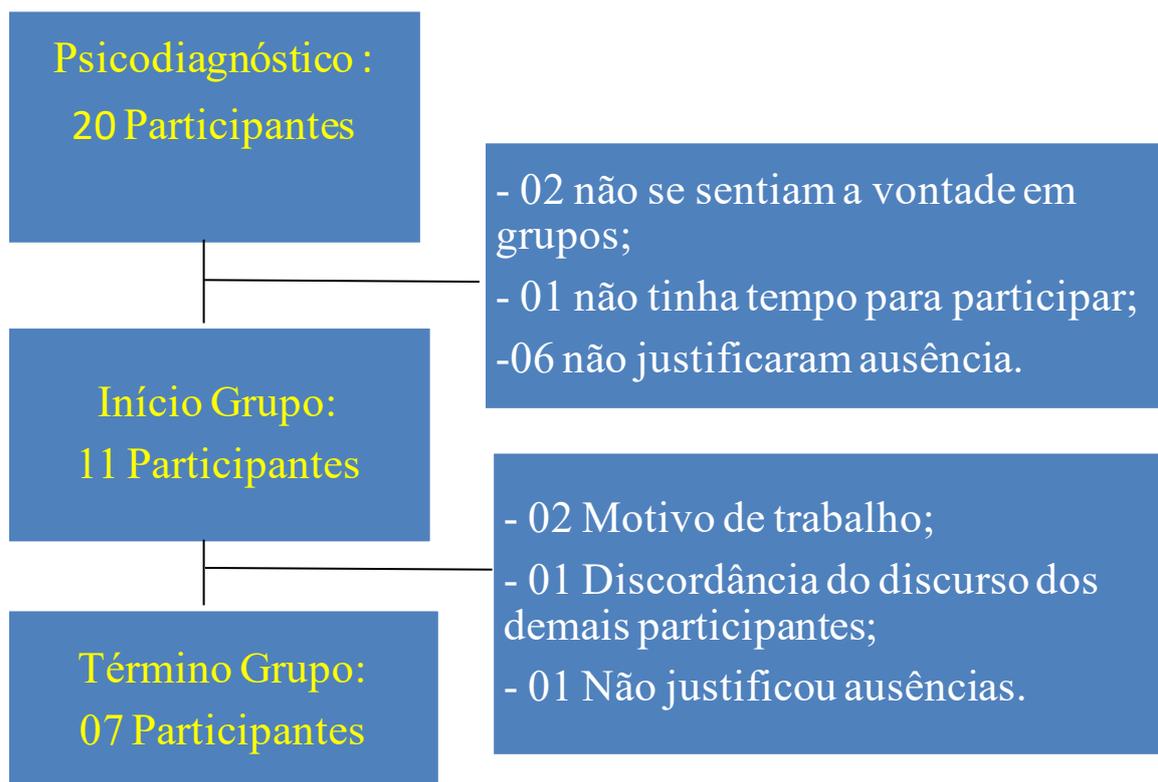
Os conteúdos das entrevistas, do Teste de Apercepção Temática para adultos (TAT) e para idosos (SAT) e dos encontros, dada a sua natureza qualitativa, foram analisados a partir

da análise de conteúdo (Bardin, 2009) e a discussão se deu utilizando-se o referencial teórico ancorado na Psicanálise clássica (FREUD, 1886/2006; Winnicott, 1975; Klein 1946 ) e na psicanálise contemporânea quando possível. Foram reproduzidos alguns relatos dos participantes para exemplificar o conteúdo e dinâmica dos encontros da intervenção psicológica.

#### **CAPITULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO – OS PSICODIAGNÓSTICOS - (PRÉ-INTERVENÇÃO)**

Neste capítulo apresentam-se a descrição e discussão dos resultados levantados, seguido de uma discussão teórica baseada na reflexão clínica. Apresentam-se os resultados individualmente, considerando-se as informações e observações captadas na entrevista.

Participaram da primeira fase da pesquisa (psicodiagnóstico) vinte (20) pessoas, entre 23 e 82 anos (amplitude: 56anos, média: 49,8anos e mediana: 46anos, moda: 39anos), (Tabela 02). Todos foram convidados a participar do grupo de intervenção (2ª fase) e se dispuseram a comparecer. No primeiro dia, início da intervenção em grupo, onze pessoas compareceram, sendo que das desistentes, três justificaram ausência e seis não justificou (após esse primeiro encontro tentou-se contato via telefone, sem sucesso). Dessas iniciantes, sete pessoas concluíram o estudo e constituem amostra principal deste estudo (3ª e 4ª fases). As quatro desistentes justificaram a não-continuidade conforme fluxograma, abaixo.



Do total amostral, há seis mulheres, essa predominância feminina, com mais idade (cinco estavam acima de 50 anos), com dor, está em consonância com outros achados da literatura da área (SBED, s/d – 2017; Vitorino & Tardivo, 2019) o que não quer dizer que mais mulheres tenham dor, mas deduz-se que o diagnóstico tem sido feito para mais pacientes mulheres porque elas procuram o serviço médico mais frequentemente do que os homens. Esta amostra se difere da relatada na literatura nos aspectos de escolaridade (Superior 55%) e renda (>2 salários) (SBED, s/d - 2017), pois a literatura aponta que menor escolaridade e renda mais baixa são características de pacientes com dor cônica. Infere-se que isso se dê porque o acesso aos atendimentos de saúde é mais fácil para aqueles com maior renda, pois podem pagar por planos particulares de saúde e tem mais acesso à informação.

Os sete participantes, desta pesquisa são apresentados com seus respectivos Psicodiagnósticos, a seguir. Preservou-se sua identidade ao se utilizar nomes fictícios para referir-se a eles individualmente. Primeiramente consideraram-se as informações coletadas nas entrevistas iniciais (História pessoal e caracterização sociodemográfica), bem como as histórias analisadas a partir do TAT ou SAT.

**Tabela 02:** Caracterização dos participantes da pesquisa pré-intervenção (n=20) e grupo de intervenção (início n=11 e Término n=7), segundo as variáveis sociodemográficas.

Características sociodemográficas		Grupo Intervenção					
		Psicodiagnóstico		Início		Término	
		F	%	F	%	F	%
<b>Gênero</b>	Masculino	3	15	1	9	1	14
	Feminino	17	85	10	91	6	86
<b>Idade (anos)</b>	20-30	2	10	1	9	1	14
	31-40	6	30	2	18	1	14
	41-50	3	15	0	0	0	0
	50 ou mais	9	45	8	73	5	71
<b>Estado civil</b>	Casado(a)	8	40	3	27	1	14
	Viúvo(a)	1	5	1	9	1	14
	Solteiro(a)	9	45	6	55	4	57
	Divorciado(a)	2	10	1	9	1	14
<b>Mora só</b>	Sim	4	20	1	9	1	14
	Não	16	80	10	91	6	86
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental	2	10	1	9	1	14
	Ensino Médio	7	35	3	27	1	14
	Ensino Superior	11	55	7	64	5	71
<b>Renda familiar*</b>	<1	1	5	1	9	1	14
	1 a 2	6	30	3	27	2	29
	>2	13	65	7	64	4	57
<b>Origem da renda</b>	Trabalho	9	45	2	18	1	14
	Aposentadoria	6	30	6	55	4	57
	Subsídio doença	3	15	2	18	1	14
	Aluguel imóvel	1	5	0	0	0	0
	Reforma Invalidez	1	5	1	9	1	14
<b>Principal provedor(a)</b>	O(a) próprio(a)	9	45	5	45	3	43
	Divisão de despesas	8	40	6	55	4	57
	Cônjuge	3	15	0	0	0	0
<b>Atividade profissional</b>	Professor(a)	4	20	4	36	3	43
	Aposentado(a)	2	10	2	18	2	29
	Estudante	2	10	1	9	1	14
	Administração	2	10	1	9	0	0
	Outros**	10	50	3	27	1	14

\* Em salários mínimos. \*\* Paisagista, do lar, manicure, palestrante, instrutor técnico, diretora financeira, promotora vendas, auxiliar produção, aux. de médico, técnica em educação (f = 1, cada).

Em seguida, apreciaram-se os resultados referentes às ‘atitudes frente à dor’, coletadas por meio do Inventário de Atitudes Frente à dor (IAD-30) e o índice de depressão ou presença de sintomas depressivos, captados pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) para idosos ou Escala Batista de Depressão (EBADEP-A) para adultos. Ambos aplicados, antes e depois da intervenção psicológica, e finaliza-se com uma apreciação do processo terapêutico com uma discussão clínica de cada caso à luz do processo interventivo e as entrevistas finais com os participantes.

### **Rosalva**

Rosalva, aos 23 anos, apresenta-se como uma pessoa de aparência mais jovem do que de fato é. Com uma fala forte, diante de uma aparência física delicada, conta seus sofrimentos, desde a infância (há 15 anos), com a dor que começou nos dentes, sendo, portanto, tratada por dentistas. Como as dores não melhoravam, trocou de dentistas muitas vezes e começou tratamentos com psiquiatras e psicólogos, sem sucesso, até que as dores começaram a piorar, o que, na adolescência, culminou em internação hospitalar, daí e diante os tratamentos se deram com neurologistas que identificaram a causa da dor (Neuralgia do Trigêmeo) e a encaminharam para se tratar em outro estado, São Paulo, com uma equipe especializada em dor.

Já participou de inúmeros protocolos de atendimento em dor e é sempre enviada para testar os novos procedimentos que surgem. Ela é, atualmente, atendida periodicamente (para acompanhamento) por: fisiatra e neurologista, mas tem a disposição, se precisar, a equipe multiprofissional de dor do HCFMUSP com: psicólogo, acupunturista, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga.

Paralelamente, leva a vida social, mesmo com muita limitação, na medida do possível normal. Não permite que as crises de dor lhe impeçam de estudar, cuidar das coisas de casa e de amar (noiva na entrevista inicial, casou-se durante a intervenção), refere que o fez mais rápido do que planejava porque estava morando junto com o noivo que se mudou para sua casa com a finalidade de cuidar dela, devido estar passando por convulsões recorrentes que estavam colocando sua vida em risco.

Dado que veio do interior do país e não tem família em São Paulo. Sua rede de apoio é pequena, composta pelo marido e poucos colegas de faculdade. Seus pais residem na sua cidade natal em outro estado, distante dela e visitam-na ocasionalmente.

Mesmo passando por estes episódios de dor conseguiu concluir o curso superior, nessa fase contou com algumas amigas de sala para ajudarem-na, muitas vezes elas também a socorriam quando entrava em crise. São estas amigas que fazem parte, hoje, de sua rede social de apoio, juntamente com seu marido. Ainda não consegue trabalhar e sua renda é oriunda do subsídio por doença. Ela deseja fortemente arrumar um emprego e isso a mantém esperançosa pela cura.

Na área psicológica tem dificuldade, clara, em nomear sentimentos, quando o faz é entremeado pelas descrições de dor, exemplo, quando perguntada sobre ‘como se sentiu no seu casamento? Ansiosa? Feliz?’ ela respondeu: “*ansiosa? Não fiquei. Senti muita dor, na festa tinha que me isolar devido à intensidade da dor*” (SIC). Está presente também em sua fala o comportamento de evitação dos sentimentos como a raiva ou “*passar nervoso*” (SIC), por exemplo.

No Grupo de Intervenção teve participação ativa nas sessões em que veio, sua fala forte e firme contrasta com a aparência frágil que apresenta. Como abandonou as sessões não se pôde construir uma linha sobre sua participação. Das doze sessões, faltou em oito pelos motivos: não era participante na primeira sessão (1); a segunda falta foi porque se casou; a terceira falta porque teve uma crise forte de Dor; quarta e quinta faltas por ida ao Médico e as demais faltas não se soube o motivo.

Veio ao grupo, encaminhada por um dos departamentos da HCFMUSP, e, na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo, o seu desejo de poder falar sobre as dores que sente e ser compreendida “[...] *a psicóloga eu gostei bastante, porque a gente conversava e ela me entendia*” (SIC). Temia que as diversas idas ao médico impedissem sua participação.

## COMPREENSÃO CLÍNICA

Na entrevista inicial Rosalva conta a sua história com uma forte carga de sofrimento e frustração vivida nos inúmeros fracassos nos tratamentos pelos quais passou, sobretudo pela fase em que ela se sentiu desacreditada em sua vivência da dor (quando psiquiatras e psicólogos não conseguiram ajuda-la). Tendo como ponto alto (aumento da sua esperança) o momento do diagnóstico e encaminhamento à equipe especializada em dor. Nesse momento aparece uma mulher corajosa que sai, sozinha, de sua cidade natal em busca de soluções para seu sofrimento. A partir desse discurso se apreende que ela está muito motivada a buscar a

cura de suas dores e demonstra uma forte inclinação a continuar buscando qualquer procedimento que a ajude a melhorar.

Na avaliação dos estados depressivos (Tabela 04) usando-se a Escala Baptista de Depressão versão adulto (EBADEP-A) ela obteve pontuação 83, considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 135 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Rosalva teve 61,5% da pontuação total possível, respectivamente, de sintomas depressivos, como exemplo, pode-se verificar o assinalamento de três pontos (afirmativa 31 – Não consigo dormir a noite inteira) que é um dos sintomas clássicos da depressão, que conforme a CID-10 (OMS, 1993) é frequente em quadros de depressão de moderada a grave.

Distinguir-se o índice de sintomatologia depressiva foi importante para que se pudesse estabelecer a intervenção que melhor respondesse às necessidades de Rosalva, mas também se fez muito importante na compreensão de suas atitudes frente à dor. No estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-breve), na versão brasileira em que Rosalva apresentou resultados (Tabela 04) fora do desejável em todos os setes domínios, sendo mais bem instrumentalizada nos domínios ‘Solicitude’, (0,4 do desejável zero) e ‘Emoção’ (2,0 \_ do desejável 4,0). Isso demonstra que ela reconhece que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’, mas que os ‘outros, especialmente os familiares, não devem ser mais solícitos quando ela sente dor’, o que está em consonância com sua luta, embora com alguma ajuda, majoritariamente solitária com as crises de dor.

A pior atitude frente à dor ocorreu nos domínios ‘Dano físico’ e ‘Incapacidade’ (4,0 do desejável zero). Esses resultados, contrastantes com sua fala inicial, permitem perceber que ela se vê ‘incapacitada pela dor’ e com forte crença de que ‘a dor significa que está machucando a si mesma e que deve evitar exercícios’.

Para corroborar esses achados e objetivando captar os aspectos latentes do manifestado da entrevista, fez-se a avaliação psicodinâmica da personalidade, em que foram empregadas o Teste de Apercepção Temática (TAT), utilizando-se as três pranchas mencionadas no capítulo do Método: 1RH; 3RH e 13HF (Anexo A) A interpretação das histórias revela o forte sentimento de frustração e ansiedade frente à própria capacidade, incapacidade, o que está em perfeita conformidade com o manifesto na entrevista. A ambivalência e regressão, são pouco aparentes no discurso manifesto de Rosalva que

demonstra maior firmeza e força, o que pode ocorrer pela atuação de seu superego, que aparece de atuante para rígido frente a um ego fraco que é consonante com os poucos recursos que ela tem.

Rosalva contou histórias inserindo-se em duas delas (exceto a primeira) o que demonstra sua dificuldade em separar sua realidade da fantasia da história a ser contada aparecendo, então: ‘ansiedade frente à própria capacidade’, ‘busca de capacidade’ e, por fim, ‘dúvida se continua buscando’ no conteúdo de suas histórias.

A frequente alusão ao infantil transmite a mensagem inconsciente do possível desamparo vivido por Rosalva, por exemplo, ela insere ‘desenhar uma rosa’ substituindo o violino (presente na cena) na primeira história o que já deixa claro seu conflito relacionado ao tema da prancha: dever, autoridade e ideal de ego. A ‘dúvida’ é inserida nas duas histórias seguintes e o marido é inserido na última história que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Rosalva é incapacitada e impotente, será que o amor poderá cura-la da dor?’

Em síntese, os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à auto-imagem, Rosalva, se percebe infantilizada e tenta corresponder ao que é esperado dela (como adulta que é) recorrendo ao ideal de ego para enfrentamento das situações que culminam no uso recorrente de defesas imaturas. Sua relação com o ambiente é inexistente, na maioria das vezes, e prazerosa quando insere a relação amorosa na cena, essa que pode ser uma fonte de ambivalência apresentada, já que a cena amorosa figura como boa, assim como a dor aparece como atributo que permite ganho secundário (não ter que trabalhar na última história).

A ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a imaturidade de ego de Rosalva, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada mais em recursos internos (de seu si-mesmo) do que da realidade externa (objetiva). Contrastante com esse funcionamento é seu movimento de ‘ir’ aonde lhe mandam [e ela vai] na busca por qualquer tratamento. Sua perspectiva é de encontrar a cura para sua dor dentro de si mesma, mas ela reconhece que será por meio externo, então continua buscando.

## **Clarice**

Clarice, 39 anos, ensino superior completo, professora, casada e mãe de dois filhos. Chegou acompanhada de uma amiga, parecia tímida e, inicialmente, dava a entender que viera somente acompanhando a amiga que, com mesmo grau de dor dela, vinha. Soube do grupo por meio de uma funcionária da USP que está fazendo coleta de dados em seu ambiente de trabalho, e, numa das coletas de dados percebeu o seu sofrimento e sugeriu que ela procurasse o grupo de dor.

Apresenta-se, na maior parte das vezes, bem humorada, principalmente ao falar da dor. Nesse quesito refere que sofre dores fortes de cabeça, desde a infância que, por volta de dez anos, foi diagnosticada e tratada como Sinusite, mas no decorrer dos anos as dores foram piorando, ao ponto de ter que se internar para tomar medicação, o que culminou com a mudança de diagnóstico para Enxaqueca. Na adolescência sofreu com essas dores no período pré-menstrual, com ocasionais crises que necessitaram internação. Na vida adulta, menciona que o quadro se agravou, nos últimos sete meses, após um episódio no qual seu marido sofreu um infarto e, paralelamente, um de seus dois filhos teve uma crise alérgica *“eu tinha um na UTI e outro no pronto socorro”*(SIC) e tinha que cuidar dos dois.

Referindo-se aos tratamentos, já fez uso de diferentes medicações (por tentativa e erro) e atualmente é acompanhada pelo o neurologista e acupunturista. Já foi atendida por dois psiquiatras que devolvem seu caso ao neurologista. Nunca fez psicoterapia, mas sabe dos benefícios, pois sua mãe, também padecente de dor crônica, já usou esse serviço que lhe ajudou muito no passado (tratada pelos médicos do HC), atualmente a mãe sofre de depressão e Clarice percebe que essas crises têm forte ligação com o emocional, pois percebe que basta a mãe *“se preocupar com alguma coisa e acontecem as dores físicas”* (SIC).

Na área laboral, é professora numa escola infantil e, por causa dos afastamentos (devido às internações para medicar as dores), está trabalhando na área administrativa, em que frequentemente experimenta instabilidade de agenda (é chamada para trabalhar em horários extras), agitação (quando montando eventos escolares) e tensões (ao atender pais/mães) que, segundo ela pioram seu quadro de dor. Nesse ambiente de trabalho refere ser, frequentemente, incompreendida pelos colegas, então uma estratégia repetidamente usada é fingir que está bem para as pessoas não a ficarem julgando.

Conta que sua vida social limita-se a encontros e/ou viagens familiares ou atividades no trabalho, mas que isso não lhe incomoda porque ama estar com sua família e adora seu trabalho.

Na área psicológica apresenta-se imatura, tem dificuldade em dizer não e em priorizar-se. Sempre teve o sonho de ter uma escola de ensino infantil, abriu a escola, mas não conseguiu conciliar com a rotina de aulas na rede pública. Após perder a escola ficou muito insegura, não sabendo como lidar com esse fracasso e todos os dias passa na escola para rever os alunos, que anteriormente eram seus. Isso mexe muito com seus sentimentos e se queixa que após essa visita, sente dores de cabeça muito fortes.

Na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo, seu desejo de: *"aprender algo que me ajude a diminuir essa dor, né!?"* (SIC). Tendo participado de três dos doze encontros, justificou suas faltas dizendo que se deram devido ao trabalho (convocada a trabalhar no mesmo horário do grupo). Sempre enviava mensagem por telefone avisando que iria à próxima sessão, mas depois se desculpava por não ter podido ir.

### COMPREENSÃO CLÍNICA

Clarice apresentou, nas entrevistas iniciais, um discurso carregado de sofrimento e coerente com sua aparência. Parecia ter um leve sobrepeso, mostrou-se bem cuidada e esperançosa em melhorar de suas dores.

Mesmo tendo dores desde a infância, com uma mãe tratando a enxaqueca e uma irmã problemática, conseguiu estudar, se formar, trabalhar no serviço público e constituir família. Para ela isso é uma conquista sem preço e, para ela, vir a este grupo terapêutico, é importante por mostrar que ele tem recursos internos suficientes para conseguir desenvolver estratégias para lidar melhor com os quadros emocionais que podem culminar em melhora de sua enxaqueca.

Desse modo ela estava apta a participar do grupo, portanto, sendo adulta, ela foi avaliada nos estados depressivos (Tabela 05) usando-se a Escala Baptista de Depressão versão adulto (EBADEP-A) ela obteve pontuação 36, considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 135 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Clarice teve 26,5% da pontuação total possível, respectivamente, de sintomas depressivos, como exemplo, pode-se verificar os assinalamento de três pontos

(afirmativa 31\_ Não consigo dormir a noite inteira e 33\_ Ando mais cansada), pressupõe duas queixas clássicas da depressão leve, conforme a CID-10 (OMS, 1993).

Assinalar-se o índice de sintomatologia depressiva foi importante para que se pudesse estabelecer a intervenção que melhor respondesse às necessidades de Clarice, mas também se fez muito importante na compreensão de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Clarice apresentou resultados (Tabela 0502) dentro do desejável no domínio ‘Solicitude’, (0,0 de zero), demonstrando que ela não reconhece que os ‘outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’, o que está em consonância com o relatado na entrevista e observado nos encontros.

Os demais seis domínios estavam fora do desejável, sendo Clarice melhor instrumentalizada no domínio: ‘Emoção’ (1,3 \_ do desejável 4,0), ou seja, ela reconhece que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’.

A pior atitude frente à dor ocorreu nos domínios ‘Cura Médica’ (4,0 do desejável zero) e ‘Medicação’ (1,7 do desejável zero). Esses resultados, concomitantes com sua fala inicial, permitem perceber que ela acredita que ‘A medicina pode curar a sua dor’ e com forte crença de que ‘Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica’.

Na avaliação dos instrumentos projetivos, aqui o Teste de Apercepção Temática (TAT). Após a interpretação das três histórias, os resultados permitem apreender que Clarice foi sensível aos temas evocados pelas pranchas o que demonstra capacidade de adaptação à tarefa proposta e relatos mais voltados à realidade externa. O sentimento de obrigação, impotência, desespero, culpa e vergonha, que apareceram nas três histórias, são dissonantes do manifestado na entrevista de Clarice que demonstra, a partir do humor, atuação de enfrentamento das dores o que pode ocorrer pela atuação de seu superego, que aparece de atuante para rígido frente a um ego de fraco para bom que é consonante com os poucos recursos que ela tem (Apêndice 04).

Clarice contou histórias inserindo-se na primeira delas o que demonstra alguma dificuldade em separar sua realidade da fantasia da história a ser contada, mas sua capacidade de responder à realidade externa é evidentemente dominante e sua capacidade de agir é frequentemente feita a partir da apreensão da realidade externa e objetiva o que pode

lhe gerar mais ‘ansiedade frente à submissão’, ‘impotência’ e, por fim, ‘desistência ou dilema nas escolhas’, temas que aparecem no conteúdo de suas histórias.

A frequente alusão à desesperança transmite a mensagem inconsciente do possível desespero vivido por Clarice, por exemplo, ela insere uma ‘arma e um provável ato suicida’ na 2ª história e um ‘provável crime’ na 3ª história o que já deixa claro seu conflito relacionado ao tema das respectivas pranchas: 1ª depressão e frustração e 2ª a sentimentos de culpa e relacionamentos. No decorrer do protocolo a ‘irritada submissão’ foi substituída por um ‘dilema’ a ser resolvido nas duas histórias seguintes (3RH e 13HF), o que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Clarice está no limite, desistirá ela de curar sua dor?’. Esta fala encontra discretas ressonâncias no discurso de Clarice que se mostra cansada de procurar ajuda sem melhorar: “*não, doutor eu vou, não acredito que seja o caso, não estou me recusando a ir [ao segundo psiquiatra encaminhada], mas se o senhor acha importante, eu vou*” (SIC).

Em síntese, os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à autoimagem, Clarice, se percebe fragilizada e tenta corresponder ao que é esperado dela (como adulta que é) recorrendo ao ideal de ego para enfrentamento da situações que culminam no uso recorrente de defesas imaturas como a projeção e a racionalização. Sua relação com o ambiente é prevalente, na maioria das vezes, embora não apareça sua relação com outras figuras, essa pode ser uma fonte de amplificação do sofrimento apresentado, já que a cena de desesperança e de crime figuram como alternativas de resolução (com consequências), solitária, do ‘dilema’.

A ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a precária maturidade de ego de Clarice, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada mais em recursos externos (objetiva) do que da realidade interna (de seu si-mesmo). Consonante com seu funcionamento (seu movimento) de ‘ir’ aonde lhe mandam [e ela vai] na busca por qualquer tratamento. Sua perspectiva é de encontrar a cura para sua dor externamente a si mesma (com médicos, remédios, terapias etc), embora ela reconheça que será possível fazê-lo por meio interno, então luta contra a s próprias dificuldades (de aceitação desta verdade) e continua buscando.

## Tereza

Tereza, aos 68 anos, com ensino médio completo, aposentada do serviço público, solteira e sem relacionamento amoroso mora com suas irmãs e sobrinhas na casa que era de seus pais, devido não ter casado ou ter filhos. Ela é arrimo da família o que a coloca numa posição, muitas vezes delicada, quando no âmbito da intergeracionalidade, há conflito de valores.

Quanto às comorbidades, Tereza é diabética (insulinodependente), tem hipotireoidismo, hipertensão, diagnosticada com desgaste nos dois joelhos, refere também sentir dores nas articulações, especialmente nas mãos, que atribui ao longo período de trabalho em instituição pública. Tratada por ortopedista toma remédios comuns para dor e, esporadicamente, faz sessões de acupuntura (com guias de indicação médica).

Os antecedentes familiares em saúde lhe são desconhecidos, embora suas irmãs também convivam com as dores (a mais velha tem 74 anos). Seu irmão tem Alzheimer e ela investiga se também poderia desenvolver essa doença.

Sua área Social é limitada, visita poucos amigos da época de trabalho e participa das reuniões familiares. Em sua casa costuma ficar isolada em seu quarto, pois o ambiente é muito tenso, havendo muitas brigas entre as irmãs e sobrinhas.

No domínio psicológico tem dificuldade em dizer não, com necessidade de reconhecimento. Referiu ressentir-se de seus co-residentes (irmã(o)s, sobrinha(o)s e sobrinha(o)s-netos) por não a auxiliarem (pessoalmente) e nem se preocuparem em ajuda-la com a manutenção da casa e o pagamento das contas. Sua família impõe que ela arque com grande parte das despesas da casa o que ela acaba fazendo, resultando em mágoas.

Participou em sete dos doze encontros do ‘Grupo de Intervenção’. Discreta, mas participativa no grupo, tanto colaborando com os outros quanto trazendo vivências pessoais. As cinco faltas se deram pelos motivos: no 1º encontro ainda não era participante; duas vezes por ir ao Médico; duas faltas injustificadas.

Tereza veio encaminhada pela UBS do bairro, e, na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo: seu desejo de aprender a lidar com as tensões, pois acredita que se conseguir ter esse controle, suas dores vão melhorar *“Eu acho, porque eu sou muito tensa, eu não relaxo” (SIC)*.

## COMPREENSÃO CLÍNICA

Muito contida, discreta e falando pouco, Tereza, apresentou, nas entrevistas iniciais, um discurso suave diante de um discurso de sofrimentos, incoerente com sua aparência externa. Elegante, mostrou-se bem cuidada, serena e esperançosa em melhorar de suas dores.

Refere ter sentido dores a vida toda (dores não incapacitantes) e sempre as credita ao trabalho, sendo que diz ter sido feliz trabalhando no serviço público. Esclarecida, busca no serviço médico orientação de como enfrentar seu quadro de saúde, consonante com o uso de mecanismos intelectuais como defesa frente ao sofrimento.

Sendo idosa, ela foi avaliada nos estados depressivos (Tabela 06) usando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ela obteve pontuação 06, considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Tereza teve 40% da pontuação total possível, caracterizando depressão em nível leve-moderada (Ferrari & Dalacorte, 2007), como exemplo, pode-se verificar os assinalamentos (afirmativa 8\_sente-se desamparada com frequência e 9\_Prefere ficar em casa a sair e aprender coisas novas) que são parte dos sintomas clássicos da depressão que conforme a CID-10 (OMS, 1993).

Distinguir o índice de sintomatologia depressiva foi importante para que se pudesse melhor avaliar os efeitos da intervenção em Tereza, e se fez muito importante na compreensão de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Tereza apresentou resultados (Tabela 06) abaixo do desejável em todos os domínios, sendo mais bem instrumentalizada no domínio: ‘Emoção’ (3,8 \_ do desejável 4,0) e ‘Controle’ (2,6 do desejável 4,0), ou seja, ela reconhece que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’ e que ‘Pode controlar a dor’. Esses resultados, concomitantes com sua fala inicial.

As piores atitudes frente à dor ocorreram nos domínios ‘Cura Médica’ e ‘Medicação’ (4,0 do desejável zero), que permitem perceber que ela confia que ‘A medicina pode curar a sua dor’ e acredita fortemente que ‘Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica’, o que é consonante com seu relato na entrevista e observado nos encontros.

Na avaliação dos instrumentos projetivos, aqui o Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) pranchas 6, 10 e 14 (Anexo A). A interpretação das três histórias permite apreender que Tereza foi sensível aos temas evocados pelas pranchas o que mostra

capacidade de adaptação à tarefa proposta e relatos mais voltados à realidade externa. O sentimento de impotência, passividade e submissão que apareceram nas três histórias são consonantes como manifestado na entrevista de Tereza que demonstra consistente ação de enfrentamento das dores (focada na busca por remédios e orientação médica), portanto dependente de um outro, o que pode ter ocorrido pela atuação de seu superego, que aparece predominantemente atuante frente a um ego bem integrado que está de acordo com os recursos que ela demonstra ter.

Tereza contou histórias separando-se claramente delas o que demonstra facilidade em separar sua realidade da fantasia, ou seja, da história a ser contada, o que lhe favoreceu, já que há equilíbrio entre sua capacidade de responder a realidade externa e sua capacidade de pensar. Seu ‘agir’ parece se dar mais a partir da apreensão da realidade externa e objetiva o que pode lhe gerar mais ‘ansiedade frente à submissão’, ‘passividade e impotência’ e, por fim, um sentimento de ‘Rotina’, temas que aparecem no conteúdo de suas histórias (Apêndice 04).

A frequente alusão à ‘rotina ou espera’ transmite a mensagem inconsciente da possível passividade vivida por Tereza. Ela não insere nada nas cenas, limitando-se a descrevê-las e alude à rotina nas 2ª e 3ª histórias o que deixa claro seu conflito relacionado ao tema das respectivas pranchas: 2ª (figura 10) investiga os recursos do sujeito e estratégias de enfrentamento diante de situações de impotência, solidão, doença e morte. 3ª (figura 14) evoca temas como autonomia e dependência para cuidar de si, cuidados pessoais e necessidade de tomar remédios frente ao adoecimento\_ Claramente temas que tem ligação com sua história pessoal.

No decorrer do protocolo a ‘espera’ foi substituída fortemente por ‘impotência e submissão’ nas três histórias, o que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Tereza se vê impotente, passiva e submissa’. Esta fala encontra discretas ressonâncias no discurso de Tereza que se mostra levemente compreensiva com sua situação: *“Em casa as minhas irmãs também estão com problema de dor no joelho, então talvez seja por conta da idade [...] Eu falo que dói quando eu trabalhava, mas assim, eu convivo com a dor [...] eu tenho que me virar sozinha”* (SIC).

Os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes.

Referindo-se à auto-imagem, Tereza, se percebe doente mas corresponde ao que é esperado dela (como adulta que é) recorrendo ao seu ego bem integrado para enfrentamento das situações que culminam no uso recorrente de defesas como a racionalização. Sua relação com o ambiente é prevalente, na maioria das vezes, embora não apareça sua relação com outras figuras, essa não parece ser fonte de amplificação do sofrimento apresentado, ao contrário nas cenas em que os personagens figuram sós há resolução, com bons desfechos feito 'solitariamente' pelos personagens.

Em síntese prevalece o aspecto mais saudável, a ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a maturidade de ego de Tereza, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada tanto em recursos externos (objetiva) quanto da realidade interna (de seu si-mesmo), o que está em conformidade com seu funcionamento (seu movimento) de 'ir' aonde lhe mandam [ela vai] na busca pelo 'tratamento indicado'. Sua perspectiva é de encontrar amenização (e não cura) para sua dor, ela reconhece que é possível fazê-lo por meio interno (autoconhecimento), então busca terapias que lhe ajudem nisso (como busca neste grupo).

### **Josefa**

Josefa, aos 82 anos, vinda de longe, chega andando devagar. Diz que foi trazida por uma cuidadosa e preocupada filha. Com timbre de voz forte dissonante de sua imagem de frágil idosa conta, orgulhosa, que criou os filhos sozinha, numa luta constante pela sobrevivência. Aposentou-se por tempo de trabalho, como profissional na área de limpeza, tem ensino fundamental incompleto, é viúva e sem relacionamento amoroso.

Na área biológica refere ter dores no peito e no estômago, com ânsia de vômito, permanentemente, há mais de três anos, segundo o médico por causa da retirada de pedras da vesícula. Tem alucinações auditivas (diagnosticadas pelo médico clínico) e devido à angústia que sente, suas dores são agravadas. Após diversas consultas com diferentes profissionais de saúde, fechou um diagnóstico de que não há causa orgânica para esse quadro. É acompanhada pelos médicos: gastroenterologista, clínico geral e geriatra.

No âmbito social, se coloca como pobre. Mora sozinha (mesmo quintal que uma filha) e sua vida social se limitam a encontros familiares, idas ao médico e, esporadicamente,

ida a evento religioso. É cuidada por um filho solteiro e conta com a ajuda das filhas para realizar as tarefas da casa. Sua fala apresenta uma família unida e colaborativa.

Psicologicamente, ampara-se na fé religiosa para enfrentar os dissabores cotidianos. Nunca foi atendida por psicólogo, mas percebe que é importante cuidar da saúde emocional, pois toda vez que se emociona as dores pioram ou se sente “*mais doente*” (SIC).

No Grupo de Intervenção, participou em cinco dos doze encontros, as sete faltas se deram pelos motivos: no 1º e 2º encontro não era participante e nos demais, cinco, ela não tinha acompanhante para trazê-la. Participativa no grupo, com voz forte e assertiva, pareceu empenhada em aproveitar tudo que lhe era ofertado nos encontros. Expressou descontentamento por ter que faltar porque não tinha quem lhe trouxesse (sua residência ficava há 1h30, de carro, longe do CEIP\_IPUSP) e ela dependia de uma filha para lhe trazer, já que não sai sozinha de casa.

Josefa, veio encaminhada por uma amiga, ‘boca-a-boca’ na USP, trouxe como motivação para participar do grupo seu desejo de: “*Melhorar dessa dor ,né!?*” (SIC).

#### COMPREENSÃO CLÍNICA

Na entrevista inicial Josefa traz um discurso forte de busca por solução de seu desconforto (dor e ânsia de vômito). Ao falar do passado, conta a sua história enfatizando os aspectos bons. Cita que teve inúmeras dificuldades em trabalhar fora e criar os filhos e que encontrava alento na sua fé/religiosidade. Aparece uma mulher corajosa e de fala intensa, contrastante com sua aparência frágil. A partir desse discurso se apreende que ela está motivada a buscar algo que traga melhora ou cura de suas dores.

Na avaliação dos estados depressivos, por ser idosa, usou-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) em que ela obteve pontuação 04 (Tabela 07), considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Josefa teve 26% da pontuação total possível, caracterizando sem depressão (Ferrari, Dalacorte 2007).

Assinalar-se ausência de sintomatologia depressiva não impediu Josefa de ser encaminhada ao grupo porque esse não era um critério de inclusão. Seu resultado, sendo um limite entre ‘ausência de depressão’ e ‘depressão leve’, estava dentro da margem de erro (de 5%) usual em ciências humanas e poderia ser um falso positivo. Esse conhecimento foi

muito importante na compreensão de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Josefa apresentou resultados (Tabela 07) dentro do desejável unicamente no domínio ‘Emoção’ (4,0 do desejável 4,0), demonstrando que ela reconhece que as ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’, o que está consonante com o relatado na entrevista e observado nos encontros.

Os demais seis domínios estavam fora do desejável, sendo Josefa melhor instrumentalizada no domínio: ‘Dano Físico’ (1,6 \_ do desejável zero), ou seja, ela acredita (um pouco) que ‘A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios’. Isso fica claro nos assinalamentos contraditórios à essa crença 11- ‘Exercício e movimento são bons para meu problema de dor’ e 28-‘O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto’, mostrando, portanto, adequação em parte de suas respostas.

A pior atitude frente à dor ocorreu nos domínios ‘Cura Médica’ e ‘Incapacidade’ (4,0 do desejável zero). Esses resultados, consonantes com sua fala inicial, permitem perceber que ela se vê ‘incapacitada pela dor’ e com forte crença de que ‘a medicina pode curar a sua dor’.

Para corroborar esses achados e objetivando captar os aspectos latentes do manifestado da entrevista, fez-se a avaliação psicodinâmica da personalidade, em que, empregou-se o Teste de Apercepção Temática para idosos (SAT), utilizando-se três de suas pranchas 6,10 e 14 (Anexo A). Após a interpretação das três histórias, os resultados permitem apreender forte sentimento de esperança com ansiedade frente aos seus males, submissão, solidão e impotência, o que está, em parte, conforme o manifesto na entrevista. A formação reativa, negação e racionalização apresentadas, são pouco aparentes no discurso manifesto de Josefa que demonstra maior firmeza e força, o que pode ocorrer pela atuação de seu superego, que aparece de atuante para flexível frente a um ego fraco que é consonante com os bons recursos que ela tem.

Josefa mostrou-se sensível aos três estímulos apresentados, ou seja, suas histórias mobilizaram exatamente aquilo que remetia ao esperado. Contou histórias sem se inserir nelas o que demonstra sua facilidade em separar sua realidade da fantasia da história a ser contada. Importante destacar que, em idosos, isso não é muito frequente o que mostra manutenção da saúde do seu estado psíquico. Deixando compreensível que sua capacidade

de agir é frequentemente feita a partir da apreensão (e reflexão) da realidade o que pode lhe gerar mais ‘ansiedade frente à impotência’, ‘busca da felicidade’ e, por fim, ‘busca por aproximação evitando a solidão’ que aparecem no conteúdo de suas histórias (Apêndice 04).

A frequente alusão à solidão transmite a mensagem inconsciente do possível isolamento vivido por Josefa. O tema geral do seu protocolo foi: ‘conectar-se pode ser o melhor remédio’.

Os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à autoimagem, Josefa, se percebe adulta e corresponde ao que é esperado dela recorrendo a um ego bem integrado para enfrentamento das situações que culminam no uso recorrente de defesas do tipo ‘de evitação’: negação e racionalização e tipo ‘neurótica’: formação reativa (Perry, 1990). Sua relação com o ambiente é distante, na maioria das vezes, e prazerosa quando insere a ‘relação com outros’ na cena, essa que pode ser uma fonte de esperança apresentada, já que a cena relacional figura como boa, como amistosa.

Em síntese a ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a maturidade de ego de Josefa, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos, de modo equilibrado, usando em recursos internos (de seu si-mesmo) e da realidade externa (objetiva). Concomitante com esse funcionamento é seu movimento de ‘ir’ aonde lhe mandam [e ela vai] na busca por qualquer tratamento. Sua perspectiva é de encontrar a cura para sua dor externamente, seja por meio de encontrar um fármaco ou erva (remédio do médico), seja pela esperança de que estar com as pessoas seja um bom antídoto.

## **Maria**

Maria, aos 79 anos, com ensino superior completo (com pós-graduação), professora aposentada, solteira e sem relacionamento amoroso. Chega andando devagar usando uma muleta, sorridente e de fala suave, cativa a todos do grupo com sua delicadeza e gentileza.

Na área biológica, refere ter dores nas pernas que dificultam seu andar, usa bengala e tem dificuldade em sentar e levantar da cadeira. Refere ainda dor nos ombros (bursite) ao que atribui ao fato de ter dado aula por muitos anos. Contudo essa bursite não a impede (nem piora) ao fazer artesanato manual.

Muito de sua vivência, no campo social, está ligada à sua vida religiosa em que atua, como voluntária, em diversas frentes: Visita famílias e jovens (em casa ou em instituição), faz aconselhamentos, cursos, ajuda ao líder religioso e comunidade religiosa (em eventos semanais e ocasionais), etc. Frequenta diversos grupos (UBS, igreja, vizinhança de São Paulo e do litoral, onde mantém uma residência de verão). Religiosa ativa, com pungente atuação evangelizadora, viajando frequentemente para várias cidades Brasileiras (não dirige) e outros países com finalidade de evangelização de outros povos, como também, turismo e lazer.

No âmbito Psicológico, se mostra calma e risonha, não aparenta preocupações extremas. Vê o mundo como um lugar para ‘aprender e ensinar’ (SIC), se irrita um pouco com sua irmã, que mora com ela, e nessas ocasiões expressa seu descontentamento. Busca força e compreensão na religiosidade e se coloca disponível para os acontecimentos da vida. Compadece-se do sofrimento, especialmente, dos jovens, pois refere ter uma ligação especial com eles, devido à experiência do tempo que deu aula para jovens. Tem valores religiosos dogmáticos e, ao falar aos jovens que orienta, o faz de modo estereotipado e, às vezes, invasivo (desconsiderando a fala do jovem, por exemplo).

Participou no Grupo de Intervenção em cinco, dos 12 encontros. Colaborou com os colegas, respeitando as diferenças, contudo sempre que podia fazia um discurso religioso. Não era participante na primeira sessão; Três faltas se deram por Viagem religiosa; duas por ida ao Médico e duas por sair para resolver problemas domésticos.

Maria veio encaminhada pela UBS do bairro e, na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo: seu desejo de aprender “*sempre podemos aprender mais, né?!*” (SIC).

### COMPREENSÃO CLÍNICA

Muito alegre, mas discreta e de fala calma e serena, Maria, apresentou, nas entrevistas iniciais, um discurso suave e romântico diante dos sofrimentos, um pouco discrepante de sua aparência externa que é grande e forte, mostrou-se esperançosa em melhorar de suas dores, sobretudo atribuindo a Deus sua possibilidade de melhora.

Refere ter sentido dores a vida toda (dores não-incapacitantes) e sempre os médicos creditavam ao sobrepeso, sendo que diz ter sentido dor mesmo quando emagrecera. Busca,

na atividade manual (faz artesanato), satisfação que compense sua frustração por ter que diminuir o voluntariado devido ao seu quadro de saúde, evidenciando que usa isso como um mecanismos de defesa frente ao sofrimento.

Sendo idosa, ela foi avaliada nos estados depressivos usando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ela obteve pontuação 06 (Tabela 08), considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Tereza teve 40% da pontuação total possível, caracterizando depressão em nível leve-moderada (Ferrari & Dalacorte 2007), como exemplo, pode-se verificar os assinalamentos (afirmativa 9\_Prefere ficar em casa a sair e aprender coisas novas) que é parte dos sintomas clássicos da depressão que conforme a CID-10 (OMS, 1993).

Assinalar o índice de sintomatologia depressiva foi importante na compreensão de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Maria apresentou resultados (Tabela 08) muito abaixo do desejável em todos os domínios, sendo melhor instrumentalizada no domínio: 'Controle' (2,0 do desejável 4,0) e 'incapacidade' (2,3 do desejável zero), ou seja, ela reconhece que 'Pode controlar a dor' contudo acredita 'estar incapacitada pela dor'. Esses resultados, concomitantes com sua fala inicial.

As piores atitudes frente à dor ocorreram nos domínios 'Cura Médica'(3,0 do desejável zero) e 'Medicação' (3,3 do desejável zero), que permitem perceber que ela confia que 'A medicina pode curar a sua dor' e acredita fortemente que 'Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica', o que dissonante com seu relato na entrevista e observado nos encontros em que ela atribui aos chás, hidroginástica e voluntariado grande poder sobre a melhora de suas dores.

Na avaliação dos instrumentos projetivos, aqui o Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) foram interpretadas suas respostas às pranchas 6, 10 e 14 (Anexo A), após a interpretação das três histórias, os resultados permitem apreender que Maria foi sensível aos temas evocados pela primeira e ultima pranchas o que confirma que sua capacidade de adaptação à tarefa depende do tema evocado, sendo limitada quando se investigou seus recursos e estratégias de enfrentamento diante de situações de impotência, solidão, doença e morte, proposta pela prancha 10. Seus relatos são descritivos das, portanto mais voltados à

realidade externa. O sentimento de impotência, solidão e perdas que apareceram nas três histórias são parcialmente consonantes como manifestado na entrevista de Maria que não demonstrou qualquer fala que aludisse a solidão, sendo consistente na impotência frente às dores (focada na busca por alternativas de manejo das dores e orientação médica), portanto dependente de um outro, o que pode ter ocorrido pela atuação de seu superego, que aparece de rígido à atuante frente a um ego razoavelmente bem integrado que está de acordo com os recursos que ela demonstra ter.

Maria contou histórias separando-se claramente delas o que demonstra facilidade em separar sua realidade da fantasia, ou seja, o seu si mesmo da história a ser contada, o que lhe favoreceu, já que há equilíbrio entre sua capacidade de responder a realidade externa e sua capacidade de pensar. Seu ‘agir’ parece se dar mais a partir da apreensão da realidade externa e objetiva o que pode lhe gerar mais ‘ansiedade frente à própria capacidade’, ‘impotência’ e, por fim, um sentimento de ‘espera’, temas que aparecem no conteúdo de suas histórias (Apêndice 04).

A frequente alusão à ‘espera’ transmite a mensagem inconsciente de sua angustia provavelmente ligada ao sentimento de ‘perda da capacidade produtiva e da autoimagem’ vivida por Maria que agora têm mais esperado do que feito pelos outros (reclama constantemente de não poder fazer mais voluntariado). Ela não insere nada nas cenas, limitando-se a descrevê-las e alude à ‘cuidado’ nas 1ª e 3ª histórias o que deixa claro seu conflito (impotência, abandono, perdas de objeto de amor [da própria capacidade e da autoimagem] e solidão), relacionado ao tema das respectivas pranchas. Na 2ª história (figura 10) que segundo (Bellak 1949/1992 e Tardivo, 2012) investiga os recursos do sujeito e estratégias de enfrentamento diante de situações de impotência, solidão, doença e morte ela não conta uma história, mas faz uma breve reflexão religiosa que permite apreender o conflito de desejos incompatíveis frente às perdas, privação e conteúdos internos em geral. Claramente temas que tem forte ligação com sua história pessoal.

No decorrer do protocolo a ‘espera’ foi substituída fortemente por ‘cuidado’ nas primeira (prancha 06) e terceira (Prancha 14) histórias, o que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Maria se vê impotente e submissa’. Esta fala encontra discretas ressonâncias no seu discurso que se mostra levemente compreensiva com sua situação: *“eu queria trabalhar mais com os jovens e com a Pastoral da criança e não consigo [...] o que*

*eu fazia e gostaria de fazer, mas não posso [...] eu trabalhei muito e por causa das limitações não posso mais. Isso me deixa triste.”* (SIC).

Os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à auto-imagem, Maria, se percebe ‘perdendo’, mas tem esperança de ser cuidada recorrendo ao seu ego razoavelmente bem integrado para enfrentamento das situações que culminam no uso de defesas como a racionalização, repressão idealização e altruísmo. Sua relação com o ambiente é prevalente, na maioria das vezes, embora não apareça sua relação com outras figuras, essa parece ser fonte de amplificação do sofrimento apresentado, ao contrário nas cenas em que os personagens figuram sós e há resolução, com bons desfechos, feito ‘solitariamente’ pelos personagens.

Em síntese a ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a maturidade de ego de Maria, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada tanto em recursos externos (objetiva) quanto da realidade interna (de seu si-mesmo), o que está em conformidade com seu funcionamento. Sua perspectiva é de encontrar amenização (e não cura) para sua dor, ela também reconhece que é possível fazê-lo por meio interno (autoconhecimento junto com fé e amor), então busca terapias que lhe ajudem nisso (como busca neste grupo).

### **Ana**

Ana, aos 70 anos, com ensino superior completo (mais algumas pós-graduações), professora aposentada, solteira e sem relacionamento amoroso, mostra-se forte e ativa com fala fluida conta que a área biológica, refere ter feito inúmeras cirurgias (três no pé [correção de polidactilia, nasceu com seis dedos em cada pé], garganta, coração, seio [câncer], útero [histerectomia] e coluna), sendo essa última fonte das dores relatadas. Atualmente faz acompanhamento com ortopedista, mastologista, ginecologista (para acompanhamento) e com o oftalmologista, por ter catarata em ambos os olhos e aguardar cirurgia. Faz reposição de vitaminas e de cálcio. Ativa fisicamente, faz hidroginástica duas vezes por semana e atividades regulares na UBS próxima de sua casa e procura se informar ao máximo possível sobre as formas de diminuir suas dores.

No campo social, é frequentadora de diversos grupos (UBS, igreja, vizinhança de SP e da praia, onde tem uma residência de verão). Religiosa, ativa, tem forte atuação evangelística, viaja com frequência para várias partes do Brasil (muitas vezes dirigindo seu próprio carro). Quase toda a sua vivência social está atrelada à vida religiosa, em que atua em diversas frentes: Visita enfermos (em casa ou em instituição), faz aconselhamentos, cursos, ajuda ao líder religioso e comunidade religiosa, etc. Já viajou para diversos países, principalmente quando estes têm um forte referencial religioso como: Israel, Itália, Portugal, Croácia, Espanha, entre outros. Tem valores religiosos dogmáticos e, ao falar aos colegas do grupo, às vezes foi preconceituosa com outras religiões.

No domínio psicológico, se coloca como pessoa ‘cuidadora’ das outras pessoas, colocando mais o(a) outro(a) em primeiro lugar do que a si mesma. Se diz decidida e livre para pensar e agir (não tem que dar satisfações a ninguém), líder na resolução dos problemas domésticos e nas decisões cotidianas. Ressente-se que as outras pessoas não cuidem dela “*me veem forte, acham que não preciso de ajuda*” (SIC), especialmente, quando fala do co-residente “*muito sossegada, deixa tudo para mim!*” (SIC). Refere presenciar muita fofoca e estar sempre ‘pisando em ovos’ para que as pessoas não se ofendam. Referente ao afeto, relata paqueras e olhadelas frequentemente, sem, no entanto, dar indício de iniciar relacionamento amoroso. Comentou que seu pai, que era viúvo, não a deixava namorar quando era jovem, exigindo que ela se dedicasse aos estudos e devido a este fato fez quatro faculdades, além de diversos cursos técnicos.

No grupo de intervenção, mostrou-se sempre ativa, contribuindo, em todas as discussões, privilegiando expressar seu olhar religioso/divino sobre os fatos. Sempre se referiu ao grupo como “*um lugar aonde venho para aprender*” (SIC), denotando clara preferência pelos caminhos intelectuais de aprendizado (lê e assiste a muitas palestras e documentários). Das doze sessões, faltou em sete pelos seguintes motivos: Uma falta na primeira sessão, pois ainda não era participante; três faltas por viagem religiosa; duas faltas por ir ao Médico e duas faltas por ter que sair para outra cidade a fim de resolver um Problema doméstico.

Chegou, encaminhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro e, na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo: seu desejo de cuidar de sua “*dor nas pernas e coluna*” (SIC).

## COMPREENSÃO CLÍNICA

Muito alegre e de fala agitada, Ana, apresentou, nas entrevistas iniciais, um discurso verborrágico e obsessivo, quanto aos detalhes ao contar sobre a história progressiva de suas dores (usou 2525 palavras para responder a uma pergunta, em que a média de palavras usadas pelos outros participantes foi de 390 palavras), correspondente com sua aparência externa bem cuidada (dos detalhes de cabelo arrumado, brinco, broche, maquiagem, unhas feitas entre outros detalhes), mostrou-se esperançosa em melhorar de suas dores, sobretudo atribuindo função educativa ao grupo que possibilitaria uma possibilidade de aprendizado para posterior melhora na dor. Refere ter sentido dores a vida toda (dores não-incapacitantes) e sempre creditou às diversas cirurgias que fez. Busca, na atividade de cuidar de tudo (nas duas casas que mantém) e de todos (irmã, amigos e fieis da igreja), satisfação que compense sua frustração por não trabalhar mais fora, parece usar essa dinâmica como um mecanismo de defesa frente ao sofrimento, deslocando a libido (enquanto carga de energia) que usaria no trabalho para essas atividades, como explica Freud (1996/2006b) no estudo sobre os mecanismos de defesa do ego.

Sendo idosa, ela foi avaliada nos estados depressivos usando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ela obteve pontuação zero (Tabela 09), considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Ana teve a menor pontuação total possível, caracterizando ausência de depressão (Ferrari & Dalacorte 2007).

Avaliar o índice de sintomatologia depressiva foi importante na compreensão geral de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Ana apresentou resultados (Tabela 09) levemente abaixo do desejável em todos os domínios, sendo melhor instrumentalizada no domínio: ‘Controle’ (3,4 do desejável 4,0) e ‘Solicitude’ (1,0 do desejável zero), ou seja, ela reconhece que ‘Pode controlar a dor’ e acredita pouco que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor’. Esses resultados são bons e estão concomitantes com sua fala inicial ativa e independente.

As piores atitudes frente à dor ocorreram nos domínios ‘Medicação’ (4,0 do desejável zero) e ‘Cura Médica’ (2,6 do desejável zero) e, que permitem perceber que ela confia que ‘Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica’ e que a ‘A medicina pode curar a

sua dor’, o que é consonante com seu relato na entrevista e observado nos encontros em que ela atribui às cirurgias e medicina (junto com as outras práticas físicas e fê) a melhora de suas dores.

Na avaliação dos instrumentos projetivos, nesse caso, o Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) foram interpretadas as suas respostas às pranchas 6, 10 e 14 (Anexo A) que, após a interpretação das três histórias (Apêndice 04), os resultados permitem apreender que Ana foi sensível aos temas evocados por todas as três pranchas o que mostra que é capaz de adaptação à tarefa. Seus relatos são descritivos, portanto mais voltados à realidade externa. O sentimento de impotência e submissão que apareceram nas três histórias são, fortemente, consonantes com o manifestado na entrevista por Ana que demonstrou sempre que pôde sua impotência diante da obrigação de ‘ter’ que cuidar dos outros *“Eu não tenho escolha,[...] só tem eu para resolver, [...] se não for eu quem vai fazer?”*, portanto deixando claro como lhe é difícil ser dependente de um outro, aqui parece ter havido uso de defesa do tipo projeção que pode ter ocorrido pela atuação de seu superego, que aparece atuante/flexível frente a um ego com boa integração que está de acordo com os recursos que ela demonstra ter.

Ana contou histórias separando-se claramente delas o que demonstra facilidade em separar sua realidade da fantasia, ou seja, o seu ‘si mesmo’ da história contada, o que lhe favoreceu, já que demonstra haver equilíbrio entre sua capacidade de responder a realidade externa e sua capacidade de pensar. Seu ‘agir’ parece se dar mais a partir da apreensão da realidade externa e objetiva o que pode lhe gerar mais ‘ansiedade frente à perda do objeto de amor’, ‘impotência’ e ‘autoimagem e sexualidade’; por fim, um sentimento de ‘medo do abandono’, temas que aparecem no conteúdo de suas histórias (Apêndice 04).

A frequente alusão ao ‘abandono’ transmite a mensagem inconsciente de sua angustia provavelmente ligada ao sentimento de ‘perda da capacidade de cuidar e de ser amada (autoimagem/sexualidade)’ vivida por Ana que agora têm, mais feito pelos outros do que, feito por si (reclama, de forma velada, constantemente de não poder fazer mais por si mesma). Ela não insere nada nas cenas, limitando-se a descrevê-las e alude à ‘receber’ nas Primeira (prancha 06) e segunda histórias (prancha 10) o que deixa claro seu conflito (impotência, perdas de objeto de amor e da autoimagem, e submissão), relacionado ao tema das respectivas pranchas. Na terceira história (prancha 14) que costuma evocar temas como ‘autonomia e dependência para cuidar de si, cuidados pessoais e necessidade de tomar

remédios frente ao adoecimento’ ela conta uma história que permite explorar uma possível preocupação com sua sexualidade, o que permite apreender a ligação com os conflitos já descritos\_ Claramente temas que tem forte ligação com sua história pessoal e que foi aludido diversas vezes nos encontros (sempre de forma velada).

No decorrer do protocolo o ‘receber/ganhar’ (1ª e 2ª história) foi substituída por ‘dar’ (na 3ª história), o que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Ana quer receber e tem um pouco para dar’. Esta fala encontra fortes ressonâncias no seu discurso que se mostra ciente desta situação: *“porque como eu já tenho esse costume, eu pego e fico quietinha assim, né? Por exemplo, eu tenho muita dor então já tenho uma bolsa térmica de água que liga na tomada, né? Aí eu ponho e tomo dois comprimidos e basta um, pronto. Eu nunca falo nada, porque, né, acho que a pessoa não tem que ficar sabendo. É, eu sempre dei conta, né? Às vezes eu nem falo muito com ela, porque se eu falo muito ela fica pior, ela fica pior na hora.”* (SIC).

Os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à auto-imagem, Ana, se percebe ‘retocando’, mas tem esperança de ser cuidada recorrendo ao seu ego bem integrado para enfrentamento das situações que culminam no uso de defesas como a racionalização. Sua relação com o ambiente é prevalente, na maioria das vezes, sua relação com outras figuras é de ‘submissão’, essa parece ser fonte de amplificação do sofrimento apresentado, há resolução nas histórias, com bons desfechos, feito ‘solitariamente’ pelos personagens.

Em síntese, a ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes com a maturidade de ego de Ana, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada tanto em recursos externos (objetiva) quanto da realidade interna (de seu si-mesmo), o que está em conformidade com seu funcionamento. Sua perspectiva é de encontrar amenização (e não cura) para sua dor, ela reconhece, pobremente, que é possível fazê-lo por meio interno recorrendo à intelectualização (educação junto com sua fé), então busca terapias que lhe ajudem nisso (como busca ‘aprendizados’ neste grupo).

**Paulo**

Aos 62 anos, Paulo tem ensino superior completo, reformado por invalidez, divorciado e sem relacionamento amoroso. Apresentou-se, na entrevista, calmo e contido na fala. Elegante, no vestir e no falar, deixa uma marca pessoal no grupo.

No campo biológico, contou que já teve três Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC): um atingiu a área das sensações (perdeu os cinco sentidos) e um deles atingiu o tálamo, liberando permanentemente a sensação de dor do lado direito do corpo. Fez duas cirurgias para colocação (e correção de localidade) de um neuromodulador para controle da dor, que funcionou bem por oito anos, até que sua bateria se acabou. Ele encontra-se sentindo dor entre grau 6 e 8, aguardando a liberação governamental de verba para compra da mesma e segue remediando a dor com remédios: Gabapentina de 300mg, Lamotrigina de 100mg, amitriptilina de 10mg duas vezes ao dia, remédio para a pressão, Duolexina uma vez ao dia.

Sua vida social é empobrecida. Resume-se a rotinas domésticas (mercado, feira, farmácia, banco etc) e encontros familiares (fins de semana). Cuida da mãe que tem Alzheimer e eventualmente assiste (ou ministra) palestras de sua área de interesse (Logística). Diz que tem problemas de concentração e cognitivos, devido ao alto grau de dor, que lhe impossibilitaram de concluir a pós-graduação (isso o entristeceu).

Na área Psicológica, refere experimentar tristeza, mais pela incompreensão das pessoas do que pela dor, de fato. Mostra-se forte, mas, muitas vezes se isola devido a intensidade da dor. (Refere “*eu em momentos de estresse consigo esquecer da dor*”).

O mais ativo e frequente participante do grupo de intervenção, veio em nove, das dez sessões, faltando apenas a uma porque tinha um compromisso. Sempre trazia um conteúdo seu que tivesse ligação com o que estava sendo discutido no grupo e expressou estar conseguindo manejar a dor em prol de atender uma neta pequena que lhe solicitava apoio.

Veio encaminhado pelo departamento de enfermagem do Hospital das Clínicas da FMUSP, e, na entrevista pré-intervenção, trouxe como motivação para participar do grupo: seu desejo de: “*Trocar ideias com quem tem o mesmo problema porque quem já passou ou passa compreende melhor, né!?*”, segundo suas palavras .

#### COMPREENSÃO CLÍNICA

Discreto e de fala calma e serena, Paulo, se apresentou, nas entrevistas iniciais, com um discurso suave e, claramente, contido ao abordar os sofrimentos, correspondendo com

sua aparência externa, mostrou-se pouco esperançoso em melhorar de suas dores, sobretudo atribuindo aos médicos do HC (especificamente a recarga da bateria de seu modulador de dores) a possibilidade de sua melhora.

Refere ter dores desde que teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 2001 e sempre os médicos creditavam as dores ao fato desse AVC ter atingido a área de dor. Busca, no cuidado da mãe e preocupação com a família, satisfação que compense sua frustração por ter que diminuir a frequência de participação no grupo familiar (frequentemente evade-se para se isolar em seu quarto no escuro).

Sendo idoso, ele foi avaliado nos estados depressivos usando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ela obteve pontuação 10 (Tabela 10), considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, Paulo teve 66% da pontuação total possível, caracterizando depressão em nível moderada (Ferrari & Dalacorte 2007), como exemplo, pode-se verificar os assinalamentos (afirmativa 9\_Prefere ficar em casa a sair e aprender coisas novas e 12\_Vale a pena viver como vive agora?) que é parte dos sintomas clássicos da depressão que conforme a CID-10 (OMS, 1993).

Assinalar o índice de sintomatologia depressiva se fez muito importante na compreensão global de suas atitudes frente à dor, neste estudo esses aspectos foram mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira em que Paulo apresentou resultados (Tabela 10) muito abaixo do desejável em todos os domínios, sendo melhor instrumentalizado no domínio: 'Cura Médica'(1,6 do desejável zero) e 'Controle' (1,6 do desejável zero), ou seja, ela confia pouco que 'A medicina pode curar a sua dor', contudo acredita fortemente que ele mesmo 'Pode controlar a dor'. Esses resultados, concomitantes com sua fala inicial.

As piores atitudes frente à dor ocorreram nos domínios 'Solicitude' (2,8 do desejável zero) e 'Medicação' (2,7 do desejável zero), que permitem perceber que ele crê que fortemente que os 'Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor' e que 'Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica', o que é consonante com seu relato na entrevista e observado nos encontros em que ele atribui aos remédios e a medicina a melhora de suas dores.

Na avaliação dos instrumentos projetivos, nesse caso, o Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) foram aferidas suas respostas às pranchas 6, 10 e 14 (Anexo A), cuja interpretação das três histórias permitem apreender que Paulo foi sensível aos temas evocados pelas três pranchas o que ratifica que ele é capaz de adaptação à tarefa. Seus relatos são mais descritivos, portanto mais voltados à realidade externa. Os sentimento de impotência, perda do objeto de amor e perda da própria capacidade que apareceram nas três histórias são parcialmente consonantes como manifestado na entrevista de Paulo que não demonstrou qualquer fala que aludisse à morte por exemplo, sendo seu discurso consistente na impotência frente às dores (focada na busca médica por alternativas de manejo das dores), portanto dependente (mesmo sentindo dor permanentemente) de um outro, o que pode ter ocorrido pela atuação de seu superego, que aparece de atuante a flexível frente a um ego razoavelmente bem integrado que está de acordo com os recursos que ele demonstra ter.

Paulo contou histórias inserindo-se claramente nelas o que demonstra dificuldade em separar sua realidade da fantasia, ou seja, o seu si mesmo da história a ser contada, o que lhe desfavoreceu, já que há um desequilíbrio entre sua capacidade de responder a realidade externa e sua capacidade de pensar. Por isso seu ‘agir’ parece se dar mais a partir da apreensão da realidade externa e objetiva (reação) o que pode lhe gerar mais ‘ansiedade frente à própria capacidade’, ‘impotência’ e, por fim, um sentimento de ‘espera’, temas que aparecem no conteúdo das histórias contadas (Apêndice 04).

A frequente alusão à ‘espera’ transmite a mensagem inconsciente (e também manifesta no discurso) de sua angústia provavelmente ligada ao sentimento de ‘perda da capacidade e da impotência e submissão’ vivida por Paulo que agora têm mais esperado do que feito, para si e pelos outros (reclama constantemente de não pôde fazer o mestrado que queria). Ele insere pessoas do seu convívio (mãe, vizinho e colega) nas cenas, alude à ‘Mãe que espera’ na 1ª e ‘vizinho e colega doentes’ na 2ª e 3ª histórias o que deixa claro uma necessidade de ser acolhido e cuidado pelas pessoas, isso pode ampliar seu conflito (impotência, perdas de objeto de amor e da própria capacidade, abandono e morte), relacionado ao tema das respectivas pranchas \_ Claramente temas que tem forte ligação com sua história pessoal.

No decorrer do protocolo a ‘espera’ (1ª e 2ª histórias, pranchas seis e 10 respectivamente) foi substituída fortemente por ‘viver’ na 3ª história (prancha 14), o que deixa mais claro o tema geral do seu protocolo: ‘Paulo espera e vai vivendo’. Esta fala e o

resultado do protocolo encontram ressonâncias fortes no seu discurso, já que Paulo se mostra desconfortável com a maneira que seus familiares lidam com sua situação: *“Meus familiares nem sempre compreendem, é muito difícil você analisar uma pessoa com dor e entender realmente o que ela está sentindo[...]Meu sentimento não é de raiva, mas eu fico triste por não haver compreensão das pessoas. Só teve referência, quem já teve uma dor assim.”*

Os aspectos intelectuais apresentados são correspondentes com a maturidade psicoemocional apresentada demonstrando que os aspectos saudáveis são prevalentes. Referindo-se à auto-imagem, Paulo, se percebe ‘perdendo muito, quase morrendo’, mas tem esperança de ser cuidado, recorrendo ao seu ego razoavelmente bem integrado para enfrentamento das situações que culminam no uso de defesas como a racionalização e a projeção. Sua relação com o ambiente é prevalente, na maioria das vezes, embora não apareça sua relação com outras figuras, essa parece ser fonte de amplificação do sofrimento apresentado. Nas histórias é possível perceber que há resolução, com bons desfechos, feito ‘solitariamente’ pelos personagens.

Em resumo, a ansiedade, necessidades e conflitos apresentados são correspondentes à maturidade de ego de Paulo, que apresenta capacidade de elaboração dos conflitos focada tanto em recursos externos (objetiva) quanto da realidade interna (de seu si-mesmo), o que está em conformidade com seu funcionamento. Sua perspectiva é de encontrar amenização (e não cura) para sua dor, ele reconhece (discretamente) que é possível fazê-lo por meio interno (autoconhecimento), então aceitou buscar ajuda neste grupo. É importante destacar que, segundo o Salles, (2018), Paulo está na faixa etária do idoso jovem (de 60 a 69 anos).

## **CAPÍTULO V – A PROPOSTA INTERVENTIVA**

Este capítulo apresenta as narrativas das dez sessões resultantes da intervenção psicológica em grupo, como primeira parte. Cada uma das sessões recebeu um título, que lhes foi atribuído baseando-se na teoria Blegeriana dos campos psicológicos (Bléger, 1984 citado por Gil, 2010; Gil & Tardivo, 2011), após se estudar a narrativa (manifestas e latentes) e compreender o campo psicológico que se formou durante a sessão.

E em seguida são apresentados os estudos comparativos nos instrumentos referentes ao nível da depressão e nas atitudes frente à dor. Enfocam-se inicialmente os dados obtidos em cada um dos participantes que, mesmo não tendo participado de todas as sessões, estiveram no grupo e se submeteram aos instrumentos antes e após a intervenção: (Rosalva, Clarice, Tereza, Josefa, Maria, Ana e Paulo). Em seguida se apresentam as comparações quantitativas (usou-se a média dos resultados) no grupo como um todo nos aspectos avaliados: depressão e nas atitudes frente à dor. Finalmente são inseridos os dados obtidos na fase de *follow up* (seguimento) após quatro meses.

### **V.1 – AS NARRATIVAS DAS 10 SESSÕES**

#### ***PRIMEIRA SESSÃO***

##### ***“Faço de tudo para melhorar”***

Embora todos os participantes soubessem dessa data de início do grupo, vieram somente três: Clarice, Paulo e Santana<sup>2</sup>. Sentados em círculo, cada um se apresentou aos demais participantes, momento em que se falou, na mesma proporção, da história da dor e da vida pessoal, a psicóloga foi a última a se apresentar e abriu-se para perguntas que quisessem fazer à ela, as perguntas foram alusivas à sua formação e atuação profissional e acadêmica, prontamente respondidas.

---

<sup>2</sup>Santana é o nome fictício de um participante do grupo de intervenção que não concluiu a pesquisa. Seu nome consta nesta sessão porque houve apenas dois participantes concluintes do grupo de intervenção de modo que descrever a interlocução somente foi possível por sua participação.

Em seguida, foi feita uma atividade gráfica com desenho intitulada: “Minhas expectativas para esses encontros”, em que apareceram, em dois (dos três) desenhos, expectativas relacionadas à busca da cura da dor como um ‘caminho’ “*a ser trilhado pelo grupo*” (SIC Paulo), o terceiro foi o desenho um rio, simbolizando que “*ninguém sai igual de um grupo, assim como o rio não pássa duas vezes do mesmo modo*” (fala de Clarice).

Os participantes interagiam em igual participação/contribuição o que trouxe uma discussão rica para um primeiro encontro. A partir daí, foram definidos, de forma consensual, os temas a serem trabalhados a cada encontro o que foi tranquilo e de fácil consenso. Esses temas versavam sobre a não-dependência dos remédios; Interferência da dor nas atividades cotidianas; Sentimentos não elaborados (trauma, perdas, frustrações); Influência do estresse e fatores emocionais na intensidade da dor; Responsabilidades (figuras centrais na família); O dia a dia com dor; Engolir sapos (trabalho, faculdade, família) e Psicossomatização.

Com o objetivo de obter materialidade facilitadora no processo, foi feita, ainda uma proposta de que, a cada encontro, os participantes trouxessem um objeto significativo, inspirada na proposta realizada no estudo de Gil (2010) para ser utilizado como mediador da discussão.

O campo psicológico foi constituído a partir daquilo que se captou como ‘um fazer para melhorar’. Essa fala, ressoada no grupo, como “uma motivação” (uma justificativa) para participação no grupo, mas, além disso, também pareceu mostrar uma abertura dessas três pessoas para o ‘novo’ que possa ajuda-las a diminuir suas crises de dor. Assim uma afirmativa “Faço de tudo para melhorar” que parece fechada e inflexível, *a priori*, igualmente pode ser lida como uma expressão de esperança ‘de que haja remédio para seu sofrimento’.

## **SEGUNDA SESSÃO**

### **“Um pouco de cada tema”**

Sete pessoas participaram dessa sessão: Clarice, Paulo, Santana e as iniciantes Maria, Ana, Tereza e Rosalva. Como havia novas participantes, foi feita, novamente, uma breve

apresentação de todos os partícipes e, mais uma vez, como na apresentação anterior, se falou muito do quanto à dor tem limitado a vida de cada um deles.

O tema elegido na sessão anterior era ‘Não dependência de remédios’, mas dada a nova configuração do grupo, foram re-elencados os temas que ficaram decididos no primeiro encontro, e os participantes que vieram pela primeira vez falaram de suas angústias com relação àqueles temas.

A seguir, tratou-se de dispor os objetos mediadores no quadro, Clarice e Santana (remanescente do primeiro sessão em que foi acordado trazer o objeto) não os trouxeram. Um objeto mediador trazido ‘simbolicamente’ por Paulo foi colocado no quadro magnético sob a forma de um pedaço de papel em que constava escrito um nome próprio. Paulo quis apresentar sua neta G. de três anos, segundo ele a neta está muito triste com o nascimento da irmãzinha e se apegou ainda mais a ele (avô), pois o restante da família não está lhe dando muita atenção. Ele relatou que quando está numa crise de dor muito aguda, costuma se trancar no quarto e quando a neta entra para solicitar que ele brinque com ela, ele finge que está dormindo e ela vai embora. Isso o tem deixado muito angustiado, pois sabe o quanto ela precisa dele nesse momento e por causa da dor ele tem falhado muito com ela. Nesse momento as falas, dos demais participantes, remetiam ao sentido de minimizar essa culpa deste participante muito angustiado.

Essa fala inicial levou os demais participantes também falarem do sofrimento familiar, a dor se estende para além de seus corpos e causa mudanças, também, nas relações. Algumas falas remeteram a danos “*Quando chego em casa com muita dor não posso dar muita atenção ao meu filho*” (SIC Clarice) outros como parte da dinâmica familiar: “*Quando chego e já vou pro quarto, todos já sabem que estou em crise, então fazem silêncio, [...] se viram sem mim*” (Santana).

A partir dessa discussão refletiu-se, em conjunto, sobre as formas de enfrentamento da dor sem prejuízo familiar o que, segundo a fala dos participantes, parece impossível, pois a família é sempre o ultimo lugar de refúgio para eles, é onde se sentem acolhidos e cuidados, já que diariamente tem que conviver com a descrença dos parentes e colegas no trabalho, “*muitas vezes fingindo que estamos bem para evitar os comentários que nos fazem sofrer mais*” (SIC Clarice).

O grupo pareceu já ter se entrosado nesse encontro, pois foram respeitosos, uns com os outros, expressado por meio de falas que demonstraram abertamente suas identificações. O tempo de sessão de uma hora e meia foi ultrapassado em 15 minutos e os participantes

aludiram que isso se deu porque estavam aproveitando bem o momento “*acabamos falando de todos os temas um pouco né!*” (fala de Ana).

O grupo, diversas vezes, se percebeu falando de suas experiências fundamentais de vida como “pedaços” (intrincando-os com a atividade que o grupo se propôs de re-elencar temas para discussão). Desse modo o campo psicológico “Um pouco de cada tema” foi percebido como uma expressão de que ser inteiro, para essas pessoas com dor crônica, pressupões ter que olhar um pouco de cada pedaço em detrimento de olhar ‘o inteiro’.

### **TERCEIRA SESSÃO**

**“Eu. Sinto. Dor.”**



Participaram desse encontro: Maria, Ana e Tereza e Josefa.

O tema elencado previamente para essa sessão foi: “Interferência da dor nas atividades cotidianas”.

Para o quadro magnético, as participantes Ana e Maria trouxeram fotografias referentes a viagens que realizaram em missões religiosas no exterior. Tereza trouxe uma foto de quando era jovem e falou das boas recordações daquela época.

As participantes Clarice e Santana mandaram mensagem avisando que teriam reunião no trabalho naquele período, justificando assim a sua falta. O participante Paulo avisou que tinha um compromisso e Rosalva não veio porque estava com muita dor.

Nessa sessão as participantes falaram do quanto suas dores pioraram com idade, mas também da forte influência dos problemas familiares na piora das dores. Sentindo

sobrecarregada, Ana diz: *“Tudo quem tem que resolver em casa sou eu, sou eu pra tudo! Desse jeito eu termino o dia com dor”* (fala de Ana) o que foi prontamente corroborado por outra participante *“e não é só fazer, é pagar também, lá em casa tudo sobra para eu pagar, eu me preocupo muito com isso, aí, pronto piora a dor”* (fala de Tereza). Aqui a discussão toma o rumo de analisar as emoções envolvidas nesse fazer pelos outros e suas repercussões no corpo, não apenas com dor, mas também com outros adoecimentos, aqui apareceu uma fala sobre a dificuldade de dizer não e de parar que encontrou ‘descanso’, no pós cirúrgico: *“eu já fiz nove cirurgias, é o único momento em que páro tudo, porque não tem jeito, o médico mandou, tem que parar”* (fala de Ana).

Utilizando as imagens trazidas para o quadro magnético, procurou-se, focar as experiências de satisfação como formas de enfrentamento do sofrimento. Elas pensaram um pouco antes de falar sobre o assunto e disseram ter ou fazer poucas coisas, cotidianamente, que lhes trás felicidade ou estados de contentamento. Aqui se resgatou suas potencialidades aludindo-se a essas boas lembranças (como a viagem e as recordações da juventude) que as recordam de que elas são capazes de agir, pois já fizeram isso antes, e ainda podem fazer escolhas que tornem suas vidas melhores e mais felizes, colaborando para viver menos sofrimentos.

Elas terminaram a sessão afirmando que saíam, hoje, com algo novo que ainda não haviam pensado.

O campo psicológico nessa sessão usa um pronome: Eu + um verbo: Sinto + um substantivo: Dor. Partindo das falas e sentimentos, expressos pelos participantes, foi possível apreender que “Eles” são o arrimo de suas famílias, muito mais do que apenas pagar as contas, puxam para si responsabilidades que acabam por constituir sua identidade pessoal, eles são ‘imprescindíveis’. ‘Heroínas e herói’ de suas famílias e colegas. Paralelamente, se veem ‘Sentindo’ e não sendo ajudadas, referem que precisam e contam com a ajuda de colegas e familiares, sendo a “Dor” o substancial nessa relação, seja por ser resultado de atuação heroica de ‘salvar a todos’, seja por ser parte constituinte da vida que só é silenciada pelo médico no extremo sofrimento.

#### ***QUARTA SESSÃO***

##### ***“A dor da alma não elaborada”***

Participaram deste encontro: Paulo, Santana e Tereza

O tema separado para esta sessão foi: “Sentimentos não elaborados (trauma, perdas, frustrações)”.

No quadro magnético foi colocado um pen drive por Paulo, simbolizando ‘esperança’ (tema que mais tarde ele explanou) e as demais pessoas não colocaram nada, de modo que se iniciou a sessão falando do tema escolhido, o que inicialmente pareceu mobilizar o grupo “*Th, vai aparecer muita coisa!*” (Santana) o que foi corroborado pelos outros participantes. Entretanto, o assunto migrou para se falar do cotidiano, pois Santana comentou que estava sentindo uma forte dor de cabeça há sete dias, mas que gostaria de trazer para a discussão do grupo “*o dia de hoje*”, falou do quanto se sentia vitoriosa, por mesmo estar com tanta dor, ter conseguido ir para o encontro do grupo. Aqui o grupo a felicitou e aproveitou-se para inserir o tema do autocuidado, falando-se de que ‘vir ao grupo’ já é uma forma de enfrentamento.

Tereza disse que se sente muito bem de vir ao grupo “*Saio daqui me sentindo muito bem*” e que mesmo sendo só a terceira sessão já vê algumas coisas de forma diferente. Ao que Santana acrescenta que, no grupo, se sente ouvida e compreendida sem ser julgada, Paulo acrescenta que “*aqui é diferente, vocês são profissionais cuidando da gente, nos tratam como pessoas em sofrimento de fato!*”. Aqui, inseriu-se, novamente, o tema do encontro perguntando-se de que ou quem, de fato, estavam falando? E eles trouxeram suas frustrações e perdas familiares e tristeza com colegas de trabalho e parentes que não compreendiam e julgavam seu adoecimento.

Foi um momento de conversa em que apareceram mágoas antigas e novas e o grupo não conseguiu falar por muito tempo nessa temática, logo voltando a falar da realidade concreta quando Paulo relatou a angústia que estava sentindo e falou que seu *pen drive* era o último lugar onde ele poderia reaver uma pequena parte do material perdido, pois seu computador havia queimado (a placa mãe) e ele temia não conseguir recuperar o conteúdo. Ele disse que ali estava todo o material de sua graduação e muitas recordações de família. A partir dessa fala se falou apenas do concreto até o encerramento. No fim do encontro, a terapeuta apontou a dificuldade observada em falar das ‘dores da alma’ e apontou que faz parte do percurso ir aprofundando, aos poucos, parabenizou-os por não fugirem do tema e assegurou-lhes que, numa próxima oportunidade, falarão desse tema e, nessa ocasião, ela também estará com todos, trabalhando para que todos estejam mais amadurecidos e possam discorrer nesse tema.

O campo psicológico “A dor da alma não elaborada” foi construído a partir daquilo que se remeteu nesse encontro, ao passado, ainda, muito presente. Esse passado parece ser um misto de prazer e dor. O prazer, ora experimentado e, atualmente almejado por eles: Viver uma vida sem dor e a dor que os faz viver o presente sempre remetendo a esse passado, agora como vislumbre de esperança (futuro) de melhora. Esse campo psicológico parece conter uma verdade sofrida e percebida apenas inconscientemente pelos participantes: as dores da alma, como excesso, estão sendo despejadas como dor em suas vidas. Os mecanismos internos de enfrentamento desse sofrimento mais usados parecem ser a racionalização e o deslocamento, o que de alguma maneira parece amenizar as dores sem, no entanto, retirá-las da vida dessas pessoas.

## ***QUINTA SESSÃO***

### ***“Emoções e Dor”***



Participaram deste encontro: Santana, Rosalva, Paulo, Maria, Ana, Tereza e Josefa.

O tema separado para se discutir nessa sessão foi: “Influência do estresse e fatores emocionais na intensidade da dor”.

Para o quadro magnético, foram trazidos: um “santinho religioso” com a oração “Maria passa na frente” em papel (Maria), uma fita do “sagrado coração de Maria” (Ana). Josefa trouxe uma fotografia muito antiga de três de seus filhos e disse que aquela foto representava todos os filhos. Falou da dificuldade de criá-los sem a presença do pai, mas

que tinha valido a pena todo o esforço, pois tinham se tornado pessoas muito boas e Santana trouxe uma foto da formatura de seu filho mais velho em que estavam ela, seu marido, seu filho mais novo e sua irmã. Falou da dificuldade de relacionamento que tem com essa irmã, mas que estava muito feliz por ela ter ido à formatura do filho.

A partir dessa fala o grupo discutiu que, mesmo em situações boas, a dor aparece, nesse tema Rosalva falou a respeito de seu casamento que havia ocorrido no final de semana anterior, disse que *“deu trabalho, mas que foi bom”* (fala de Rosalva). Comentou também que, em alguns momentos, a dor da ‘neuralgia do trigêmeo’ era tão intensa, que ela tinha que se isolar dos convidados, esperar passar um pouco, para depois voltar para sua própria festa. Seus familiares vieram de longe para o casamento e achou isso bom.

Aproveitou-se para discutir como se poderia, nessas ocasiões, enfrentar ou prevenir a dor ao que Paulo, falou da dificuldade de enfrentar ou prevenir, exemplificando com sua própria história: Tem uma neta recém-nascida S. que queria poder pegá-la no colo sem sentir dor (ele sente muita dor ao segurá-la), seu maior desejo atual é poder tomar a neta nos braços e cuidar da outra neta G. mais velha, que estava muito enciumada com a chegada da irmãzinha. Disse que se trancava no quarto e fingia não estar ali, para que a neta desistisse de chama-lo. Comentou que sofria muito com isso, mas que não tinha condições de ficar cuidando dela.

Nesse sentido, uma forma de enfrentar, seria pela fé (fazendo orações) como trouxe Maria, afirmando enfaticamente o quanto a oração lhe acalma e a faz se sentir bem, sua irmã Ana completou dizendo que rezar, não apenas por si, mas também pelos outros é muito reconfortante, assegurando que ia rezar por todas as pessoas do grupo. Ambas falaram de sua fé e em vários momentos do encontro, pareciam tentar evangelizar o grupo, mostrando que se sentiam fortalecidas pela fé e com isso, lidavam melhor com a dor.

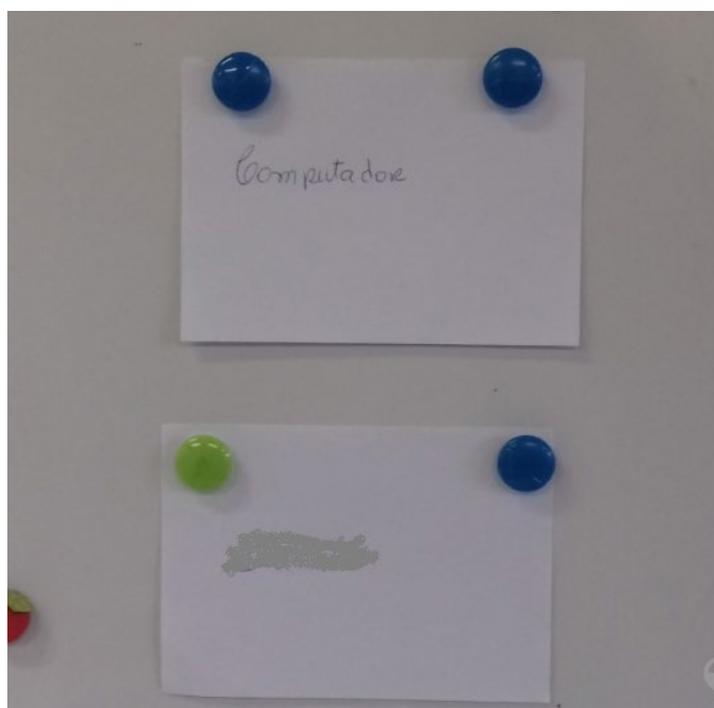
Um pouco mais calada, mas voltando a falar dos estressores Tereza falou: *“E quando a gente nunca se casou e continua na família?!”* (fala de Tereza) trazendo o tema de que evitou que um casamento lhe trouxesse sofrimentos familiares e agora tinha que lidar com os familiares com os quais reside na mesma casa, exemplificou contando das sobrinhas gêmeas (bebês) e do quanto era difícil morar na mesma casa com as irmãs e sobrinhas, deixando clara a necessidade de ter um “cantinho” só para ela.

O campo psicológico “Emoções e Dor” se formou quando se considerou que, nessa sessão, as emoções e as dores estavam no mesmo patamar de importância quando se abordava a experiência cotidiana. Sendo dois substantivos femininos, a emoção e as dores,

estão presentes na vida dessas pessoas, mas somente aparecem congruentes quando se trata de sofrimento. Desse modo essa sessão, que tinha elementos que deveriam estar no campo emocional de satisfação, parece ter sofrido um solapamento pelas experiências de dor. Mesmo quando a emoção está configurada como “agitação de sentimento” ela remete à amargura e as dificuldades enfrentadas ratificando o caráter de sofrimento que justifica o campo psicológico supracitado.

### ***SEXTA SESSÃO***

#### ***“Chefe de família”***



Participaram dessa sessão: Paulo e Joaquina<sup>3</sup>

O tema separado para discussão foi: “Responsabilidades (figuras centrais na família)”.

Nada, concreto, foi trazido para ser colocado no quadro magnético. Então se colocou, simbolicamente, o computador e o nome de uma pessoa.

---

<sup>3</sup> Joaquina é o nome fictício de uma participante do grupo de intervenção que não concluiu a pesquisa. Seu nome consta nesta sessão porque houve apenas um participante concluinte do grupo de intervenção de modo que descrever a interlocução somente foi possível por sua participação.

O participante Paulo disse que estava muito desanimado, pois foi informado que seu computador realmente tinha queimado e que não seria possível resgatar a memória. Ele comentou que as fotos mais importantes estavam salvas naquele computador e que seria muito triste não conseguir recupera-las. Falou que ele era o mantenedor da casa e que seu filho havia se separado e ido morar com ele. Disse que era o principal cuidador de sua mãe que sofria de Mal de Alzheimer e que gostaria que seus irmãos o ajudassem um pouco mais.

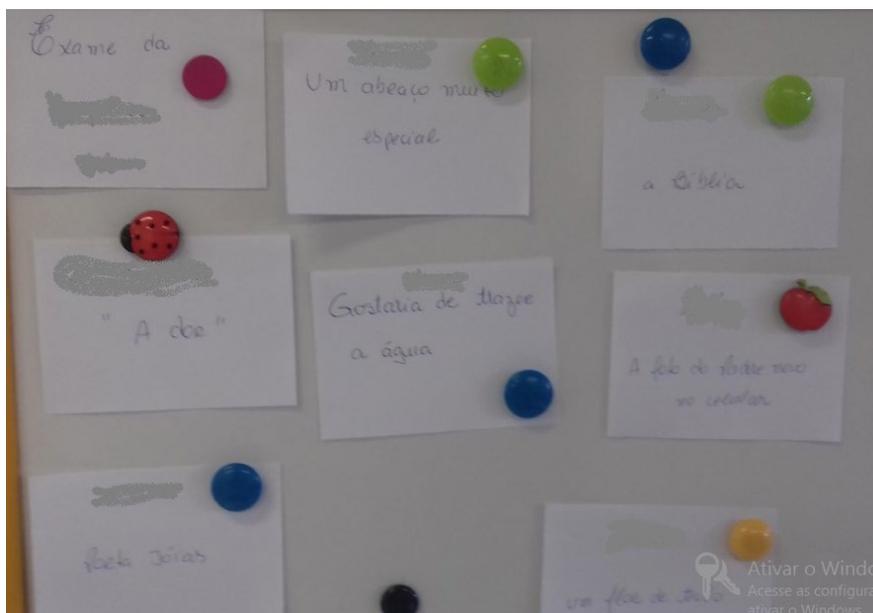
A participante Joaquina falou muito de si e, em muitos momentos monopolizou a sessão. Contou que estava fazendo tratamentos ambulatoriais para tratar sua dor crônica no ouvido e cabeça, uma infecção, nos dois ouvidos, que já durava 20 anos. Além da dor, ela se queixava de uma surdez que ocorria em determinados momentos. Falou dos dois filhos, uma filha de 22 anos e um filho de 23 anos. Comentou que eles tinham onze meses de diferença de idade e que no mês de julho ambos tinham a mesma idade. Disse que já havia feito terapia durante 8 anos, e que foi fundamental para lidar com o assassinato de seu pai durante um assalto em São Paulo. Disse que mandou seu marido embora de casa quando o filho tinha 6 anos e por causa da saída do pai, o filho teve uma crise nervosa. Contou que era aposentada e que era a única mantenedora da casa, pois os filhos estavam na faculdade e só estudavam.

Nesta sessão eles não se aprofundaram no tema das emoções focando-se especialmente em narrativas da vida cotidiana. Uma vez, que estavam se conhecendo naquele dia, se respeitou essa dinâmica da dupla de pacientes.

O campo psicológico “*Chefe de família*” foi formado a partir de um campo inicial, de apresentação mútua, à medida que o encontro avançou esse reconhecimento pessoal deu lugar a falar do passado: um participante conta que seu computador queimou, enfatizando a perda de registros de seu passado que se apagou junto com esse computador, enquanto a outra pessoa contou seu passado, ressaltando a perda de um pai que morreu brutalmente e de um marido expulso de casa. Parece que o campo mudou, para o tema que deu título esta sessão, quando o destaque recaiu sobre o fato de serem eles a terem que tomar decisões e cuidar dos outros membros da família, isso pareceu um peso difícil de lidar e, permanentemente, carregado por eles e que, em situações extremas, aparecem expressos como piora da dor, surdez, nervosismo entre outros sintomas.

## ***SÉTIMA SESSÃO***

### “O queijo”



Participaram deste encontro: Paulo, Rosalva, Maria, Ana, Tereza, Santana e Josefa.

Para o quadro magnético, foi trazida, por Maria, uma flor de cetim que ela mesma confeccionava; Ana trouxe uma foto em seu celular e Santana trouxe um porta-joias que ela tem há 18 anos. Contou que aquele objeto era importante, pois guardava ali muitas recordações. Josefa trouxe sua Bíblia e disse que sua fé lhe dava forças para vencer todos os desafios. Foi trazida ainda: ‘a Dor’, ‘um Abraço especial’, ‘a Água’ e ‘Exame de uma pessoa’. Todos trouxeram simbolicamente.

Foi feita a inserção do tema escolhido pelo grupo para ser discutido: “O dia a dia com dor” e o participante Paulo comentou que sua neta S. de um mês havia ficado doente e realizado um exame, pois estivera se suspeitando de uma doença mais grave. Disse que não tinha dado nada no exame e que a menina estava bem melhor. Comentou que sua neta G. de três anos continuava solicitando muito a sua atenção e que estava conseguindo driblar a dor e ficar mais tempo com ela. Começa-se a discutir os ‘altos-baixos’ da dor no dia-a-dia.

Ter menos dor foi consensual no grupo, como algo que contribuiu para se ter um dia melhor, mas o medo de não ter dias bons (por não controlar a dor) é um grande incômodo como trouxe Rosalva ao dizer que a dor a limitava muito e que mesmo tendo concluído a faculdade, não conseguia exercer sua profissão, pois sabia que não conseguiria controlar a dor e que seria uma péssima funcionária.

A discussão seguiu o caminho motivacional quando Maria trouxe que “*não pode se entregar, mesmo com dor não pode parar!*” contando que confecciona flores de cetim, com a finalidade de as vender no bazar da igreja. Os lucros deste bazar são revertidos para obras assistenciais envolvendo os jovens da comunidade e isso lhe dá uma sensação boa que contribui socialmente e, às vezes, ajuda a esquecer de que está com dor.

O grupo oscila nas discussões e volta a falar da realidade objetiva, Ana conta que a foto no celular é de um padre que vem sofrendo uma injustiça (uma denúncia que na verdade é uma calúnia). Falou com muita tristeza, enfatizando que não acreditou nesta acusação e deu apoio ao padre diante deste problema. Falou também que havia brigado com várias pessoas que acusaram o padre e estava indo em uma igreja em outro endereço para congregar. Refere que suas dores aumentaram durante esse período e tem se medicado e se exercitado para diminuí-las.

Ainda nesse tema do enfrentamento da dor, Tereza segue o tema de Ana e conta que algumas formas de intervir na dor podem ser inusitadas e descreve que conheceu um homem, numa loja onde comprava a ervas, e que esse senhor desconhecido lhe deu “*um abraço muito especial*” (fala de Tereza). Contou que, na ocasião, estava triste devido aos problemas com as sobrinhas e este homem percebeu sua tristeza e perguntou se podia lhe dar um abraço. Ela aceitou e disse que se sentiu muito reconfortada com essa atitude vinda dele. Disse que depois que passa por essas situações de nervosismo, sente sua mão repuxar e suas dores aumentam muito.

Nesse momento Santana conta que se identifica com a fala de Tereza, pois está com muitas dores e consegue perceber que tem a ver com o nervoso passado recentemente. Disse que naquela semana tinha passado por uma tristeza muito grande porque fez aniversário e sua sogra não lhe deu os parabéns. Comentou que nunca teve um relacionamento bom com a sogra e sua maior mágoa era que sua sogra não gostava de seus filhos. Contou também que um parente trouxe um queijo de Minas Gerais para ela e a sogra quis levar metade do seu queijo embora. Falou que a questão não era o queijo, mas sim, ter que abrir mão de suas coisas para favorecer a voraz sogra, que não se esforçava nenhum pouco em agradá-la. Aqui apareceu sua dificuldade de ser assertiva e a concomitante experiência de dor. Perceber isso foi uma surpresa para ela e o grupo discutiu um pouco mais profundamente esse tema acolhendo o sofrimento trazido de forma compreensiva, lhe diziam “*O queijo é seu. Você pode escolher se quer e a quem dar ele*” (SIC Tereza) e logo a sessão se encaminhou para o final.

No fechamento desta sessão Santana parecia ter sido a pessoa mais impactada pelo que foi discutido no grupo de que há uma possibilidade de escolha (ela não é obrigada a nada) e pela constatação de que o que ela passava com a sogra não era exclusivo a ela passar.

O campo psicológico “O Queijo” se deu a partir da evolução dos campos psicológicos formados durante esse encontro. Inicialmente o campo que se formou foi o da ‘incapacidade’ de ajudar uma neta doente ou de trabalhar. O campo evoluiu para a ‘ação’ quando os participantes começaram a discutir o enfrentamento da dor. O tema parecia difícil, então o grupo trazia a realidade como aporte para se voltar a falar da piora das dores, trazendo a importância da troca afetiva como uma maneira de enfrentar a dor/sofrimento. A surpresa em perceber que se tinha escolha quando os outros lhes tentavam tirar, à força, o seu melhor gerou o campo psicológico ‘escolha’ aqui intitulado “o Queijo” porque ficou muito claro, e consensual na fala do grupo, de que eles precisavam, com mais frequência, se lembrar: “o queijo é meu, dou pra quem eu quiser” (mais de um participante falou essa frase, como repetindo um mantra)

## **OITAVA SESSÃO**

### ***“Rede de cuidados”***

Participaram deste encontro: Paulo, Ana e Maria.

Para o quadro magnético foi trazido simbolicamente por Ana o whatsapp (algumas palavras escritas referentes à boa utilidade do *whatsApp*.) e por Maria “um olhar”.

Nesta sessão foi separado para se discutir o tema: “Engolir sapos (trabalho, faculdade, família)”.

O participante Paulo falou da expectativa que estava vivendo e da esperança de poder trocar o gerador do aparelho “modulador de dor” que ele tem implantado no cérebro (por se refratário a medicamentos e outros tratamentos), Paulo foi o primeiro paciente a entrar neste protocolo, disse que funcionou muito bem durante um ano, porém o gerador que funciona como uma bateria descarregou e o SUS não teria verba para realizar a reposição, pois custa cerca de 80.000 reais. No atual grupo de atendimento a participante Rosalva também tem esse implante (ausente nesta 8ª sessão).

Paulo, após falar longamente sobre si, novamente discursando sobre sua realidade, sem se aprofundar em sentimentos e emoções, conta que tem um professor com o qual gosta de conversar porque ele é um otimista e tem muita fé na capacidade de Paulo (propôs-lhe inclusive orientar seu mestrado) ao que Ana trouxe que a rede social pode ser um bom caminho para acessar as pessoas e espalhar otimismo (por isso o trouxe para pôr no quadro magnético). Disse que tem várias pessoas as quais ela envia mensagens positivas diariamente, mas que também sente falta de conversar ao telefone, pois depois deste recurso ela acredita que as pessoas estão se falando menos.

Nessa linha temática Maria lembrou ao grupo que se deve se lançar “um olhar” especial àqueles que necessitam, aos jovens que estão perdidos nas drogas, aos casamentos que estão se desfazendo, enfim, um olhar a todos os que de alguma maneira precisam ser socorridos.

O campo psicológico “*Rede de cuidados*” foi formado a partir do apreendido no discurso coletivo de que todas as pessoas estão precisando de cuidado, mesmo que esse cuidado seja uma palavra otimista. Aqui se percebe que os participantes dão valor à expressão verbal como algo positivo que ajuda a melhorar a vida das pessoas (com dor ou outros sofrimentos). Essa reflexão contribuiu para a formação do campo que dá título à essa sessão porque deixou clara a necessidade de cuidados em rede que os participantes (e todas as pessoas) têm; desde o desvelo familiar, passando pelo acolhimento institucional até o apoio da rede social presencial e virtual.

## ***NONA SESSÃO***

### ***“Luto e o bem”***

Participaram do encontro: Paulo, Tereza, Santana e Josefa.

Nesta sessão foi discutido o tema “Psicossomatização”.

Para o quadro magnético, apenas Josefa trouxe a única fotografia que tinha de uma irmã desaparecida há 40 anos. Disse que até tentou procurá-la, mas ficou sabendo que a irmã teria morrido em um acidente de Kombi quando estava a caminho de Santos, no litoral. Ela comentou que sofria muito por não ter conseguido ver a irmã ou seu funeral e que, em sua vida, havia duas pessoas significativas (entes queridos), as quais ela não teria conseguido enterrar: a primeira foi seu ex-marido, que, mesmo ela tendo cuidado dele no hospital, quando ele faleceu a família dele não a comunicou e ela não pôde ir ao enterro, e

essa sua irmã, ela falou longamente sobre o fato de ela não pode vivenciar o luto, pois nem tinha certeza absoluta de sua morte. O grupo a acolheu respeitosamente em sua fala e discutiram com ela se isso não teria a ver com seus problemas no estômago “*Será isso? algo que você não digeriu até hoje? Por isso sente essa dor no estômago*” disse Tereza.

Assim o próprio grupo se introduziu o tema para a sessão deste dia, o participante Paulo relatou que estava sentindo muitas dores em todo o lado direito do corpo. Mencionou que esta dor é sentida em forma de choques elétricos e que ao mínimo contato de alguém, ou até mesmo o vento, sentia ‘pontadas como descargas elétricas’. Conseguiu associar essa piora com o aumento de sua esperança de conseguir trocar o implante, mas que estava muito difícil de esperar.

O grupo discutiu um pouco essas sensações frente a impotência diante de uma dependência de terceiros e a discussão voltou-se para a tentativa de controle das situações e/ou do adoecer, ao que Tereza contou que estava indo ao médico fazer vários exames, pois seu irmão de 74 anos foi diagnosticado com Mal de Alzheimer e ela ficou com medo de também desenvolver a doença. Por esta razão, está fazendo consultas com o neurologista, para descartar essa hipótese. A discussão, então seguiu o rumo de que ‘conhecer é melhor para poder combater’.

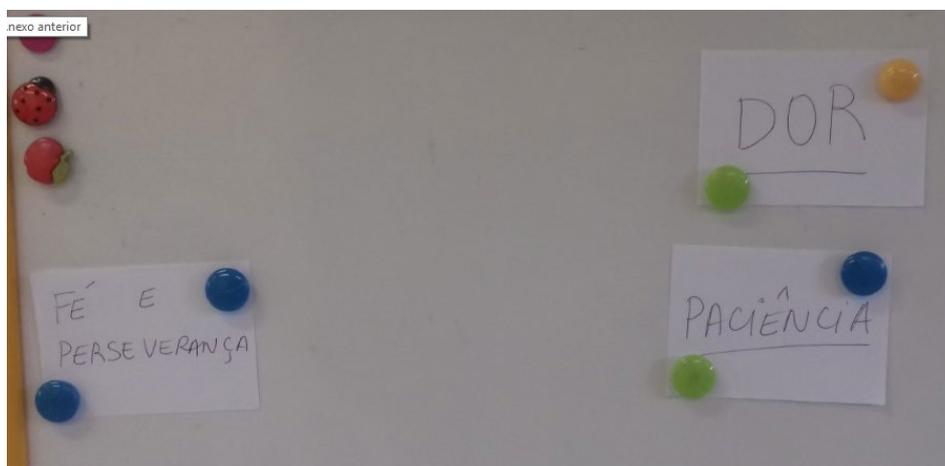
Nesse caminho Santana relatou que participar dos encontros tem lhe feito muito bem, pois está conseguindo lidar melhor com algumas questões que antes, ela não tinha nenhuma noção do quanto lhe faziam mal. Comentou sobre alguns atritos que ocorriam no ambiente de trabalho, mas que ela estava conseguindo lidar melhor com isso.

O grupo então refletiu sobre o quanto estar aqui falando, mais do que só desabafar, já é combater, pois diante do que estavam falando, buscam conhecer melhor sua situação para poder melhorar e isso, por si só já é grande coisa. Ressaltam a dificuldade de comunicação (compreensão) por parte daqueles que convivem com eles e do quanto isso os entristece.

A formação do campo psicológico “Luto e o bem” se construiu considerando o curso que a sessão tomou. Primeiro o grupo falou dos ‘lutos’ não vivenciados, que permanecem, como um acúmulo, sendo carregados ao longo da vida; seguiram abordando o aspecto psicossomático que poderia ter sido gerado a partir dessas situações, acrescentando-se as condições de impotência frente a algo, o que gerou reflexão no grupo sobre sua atuação no combate aos seus sofrimentos e à dor. Eles perceberam o atendimento grupal e suas ações (todas as formas de enfrentamento), como algo positivo e valorizaram essas iniciativas que são seu próprio ‘bem’.

## ***DÉCIMA SESSÃO***

### ***“Despedida difícil”***



Este foi o encontro de encerramento dos atendimentos do grupo, em que participaram: Paulo, Tereza, Santana, Clarice e Josefa.

Para o quadro magnético foi trazido por Tereza um pano de prato bordado que ganhou de uma amiga. Clarice trouxe, simbolicamente, a “paciência”, assim como Santana trouxe a “fé e perseverança” para lidar com todas as adversidades da vida. Paulo trouxe a dor.

O encontro aconteceu como de costume, com os participantes trazendo suas angústias e questões habituais, além disso, trabalhou-se o tema do desligamento. O participante Paulo trouxe a queixa da piora de sua dor. Disse que estava, há muitos dias, sem o principal remédio que o ajudava e sentir menos dor, mas que ao sair dali iria no hospital ver se já tinha chegado o remédio. Seu semblante era mesmo de estar em sofrimento e as demais participantes lhe foram solidárias incentivando-o a ir mesmo em busca de ajuda.

Nesse sentido Tereza falou dos exames que tinha feito e que estava se sentindo muito bem. Disse que sua cunhada levava o irmão para sua casa todas as sextas-feiras e que devido ao Alzheimer ele estava se comportando como uma criança de 5 anos. Comentou que estava lidando melhor com essa questão, embora estivesse tendo lapsos importantes de memória.

Falando-se em estratégias de enfrentamento Santana falou de crer na ‘fé e perseverança’ para lidar com todas as dificuldades da vida como principal modo de

enfrentar as situações que podem aumentar suas crises de dor, comentou que está se sentindo mais forte e que tem desenvolvido estratégias para lidar com situações difíceis.

Corroborando essa fala, Clarice falou da “paciência”. Disse que não pôde vir aos encontros, pois todas as quartas de manhã a diretora da escola, sua chefe, a convocava para alguma reunião ou para aplicar alguma prova. Disse que sua enxaqueca tinha piorado bastante e ficava internada com frequência para tomar morfina, a fim de melhorar da dor.

Esta foi a última sessão, encerrando o grupo terapêutico. Os participantes aproveitaram-na para falar sua percepção sobre o percurso, enfatizando os ganhos ante as perdas, durante o processo, comentando, por ex., que *“esses dez encontros foram muito importantes porque aprendemos muito com as histórias de todos os outros participantes”* (Maria). Eles manifestaram o desejo de participar de mais atividades em grupo como essa. Embora tenha sido falado sobre o encerramento. Ficou claro que os participantes não se sentiram a vontade para aprofundar o tema do desligamento/encerramento, pois todas as vezes que a terapeuta trazia o tema, este era rapidamente trocado por outro tema.

O campo psicológico *“Despedida difícil”* se deu porque o grupo, claramente, teve dificuldade em fechar esse ciclo. Embora estivesse claro que era a sessão de fechamento, a despedida, de fato, não ocorreu. Ficou-se, durante toda a sessão, com a sensação de que faltava algo para encerrar.

## **V. 2 - ESTUDO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO – ESTUDOS COMPARATIVOS**

### **V.2.1 – ESTUDO COMPARATIVO: PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO POR CASO**

Compreender a evolução clínica dos participantes é importante para verificar a eficácia da intervenção. No presente estudo, apresenta-se

a seguir, a análise feita na abordagem qualitativa, baseada na observação clínica, devidamente amparada nos conceitos teóricos psicodinâmicos.

É importante destacar que nessa proposta metodológica da pesquisa clínica as evoluções são consideradas caso-a-caso, no seu caráter singular e intrínseco a cada sujeito. Destacando-se o trabalho do psicólogo em buscar compreender a integralidade do sujeito com sua rede simbólica e seu próprio ritmo em detrimento das homogeneidades e em favor das expressões diversas, complementares dentro do grupo, de um mesmo fenômeno (Tardivo, 2007; Minayo, 2012).

**Tabela 3** - Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-breve), versão brasileira com 30 itens: definição dos domínios, itens, escore desejável, variação, itens invertidos e cálculo do escore – Pré e Pós-Intervenção por participante - SP, 2019.

Domínio	Definição: O quanto o paciente acredita que...	Itens	Escore desejável / variação	Escore / domínio Ana Pré	Escore / domínio Ana Pós	Escore / domínio Maria Pré	Escore / domínio Maria Pós	Escore / domínio Rosalva Pré	Escore / domínio Rosalva Pós	Escore / domínio Paulo Pré	Escore / domínio Paulo Pós	Escore / domínio Clarice Pré	Escore / domínio Clarice Pós	Escore / domínio Tereza Pré	Escore / domínio Tereza Pós	Escore / domínio Josefa Pré	Escore / domínio Josefa Pós	Escore / domínio Média grupo Pré	Escore / domínio Média grupo Pós
Solicitude	Outros, especialmente, familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9 14,18	0 / 0-20	1,0	1,4	2,6	3,0	0,4	2,0	2,8	2,0	0,0	0,0	1,2	2,0	3,8	3,8	1,8	1,9
Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10, 15,25	4 / 0-16	3,0	3,3	1,3	2,5	2,0	3,5	1,3	2,3	1,3	3,3	3,8	3,8	4,0	4,0	2,4	3,1
Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8, 21,24, 29	0 / 0-20	2,6	3,0	3,0	1,4	2,2	2,8	1,6	1,8	4,0	3,4	2,0	4,0	3,0	3,0	3,1	2,5
Controle	Pode controlar a dor	1,12, 17,20, 22	4 / 0-20	3,4	3,4	2,0	1,2	1,0	0,0	1,6	1,8	0,6	2,2	1,6	2,6	2,8	2,8	1,7	1,9
Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16 19,27, 28	0 / 0-20	2,2	0,6	2,4	1,6	4,0	2,8	1,8	2,2	1,2	1,8	1,4	1,2	4,0	4,0	2,1	2,0
Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26, 30	0 / 0-12	2,3	0,0	2,3	1,7	4,0	2,7	2,3	2,3	1,3	2,3	1,7	4,0	2,7	4,0	2,4	1,9
Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5,13	0 / 0-12	4,0	3,7	3,3	2,7	2,0	1,7	2,7	3,3	1,7	1,7	4,0	3,7	3,0	3,3	3,0	2,9
<b>Itens invertidos</b>																			
4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs, 2009).																			

## Rosalva

As atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, demonstram que houve mudanças positivas em quatro das sete atitudes frente à dor. O maior ganho (de 2,0 para 3,5 sendo que o desejável é 4) ocorreu na ‘Emoção’, ou seja na crença de que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’, seguido pela ‘Incapacidade’, ou seja, a crença de que está menos incapacitada pela dor (de 4,0 para 2,7\_ o desejável é zero) incapacitado pela dor (Tabela 04).

O menor ganho ocorreu na atitude de ‘Solicitude’, ou seja, a paciente acredita que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’ (de 0,4 para 2, o desejável é zero). Seguiu-se a esse o ‘Controle’ em que ela não acredita que ‘Pode controlar a dor’ (de 1 para zero, sendo o desejável 4).

Os sintomas depressivos diminuíram de 83 para 44 na escala EBADEP-A, saindo de depressão moderada para depressão leve (Baptista, 2012), o que é um resultado importante, pois ela participou de um terço dos encontros. Essa mudança de estado depressivo deve ajudá-la a enfrentar de uma maneira mais eficiente sua situação.

Na entrevista de devolutiva ela alegou ter aproveitado muito aquilo que foi discutido no grupo e que ‘levaria para a vida’. Parecia mais feliz que o habitual e aqui não se pôde diferenciar se esse estado de sentimentos acontecia porque ela experimentava menos dor ou pela felicidade experimentada no casamento recente. Como ela tem dificuldade em expressar as emoções, considerou-se que a ausência de dor já era um ganho bem considerável ante o sentimento presente, embora não expresso verbalmente, de felicidade.

## Resultado individual das avaliações

**Tabela 04:** Resultados de Rosalva, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e EBADEP-A

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	0,4	2,0	1,6	Aumento
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	2,0	3,5	1,5	Aumento

	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21, 24,29	0 / 0-20	2,2	2,8	0,6	Aumento
	Controle	Pode controlar a dor	1,12, 17,20,22	4 / 0-20	1,0	0,0	-1	Diminuição
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16, 19, 27, 28	0 / 0-20	4,0	2,8	-1,2	Diminuição
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26, 30	0 / 0-12	4,0	2,7	-1,3	Diminuição
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5,13	0 / 0-12	2,0	1,7	-0,3	Diminuição
EBADEP -A	-	Escala de Depressão	1 a 45	0 / 0-135	83	44	-39	Diminuição
	<b>Itens invertidos / Referência-base</b>	4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

A melhora em mais da metade dos domínios de enfrentamento da dor e a diminuição dos sintomas depressivos foram importantes e possibilitados por sua participação no grupo. Ela se sentir apoiada e entre iguais pode ter colaborado para o sentimento de acolhimento e pertencimento, fornecendo-lhe sustentação, ou *holding* o que, segundo Winnicott (1979/83), propicia o amadurecimento. O grupo pode ter permitido que ela integrasse sua experiência corporal e psíquica, favorecendo a experiência de integração psique-soma, ou seja, a conscientização sobre seu corpo, o que ocorre em cada parte de seu corpo, (instalação do psiquismo no soma) (Dias, 2014).

Nessa linha de reflexão, pode-se compreender sua melhora nos domínios ‘Emoção’ e ‘Incapacidade’ como um incremento de vitalidade, ou melhor, se ela pode elaborar imaginativamente seu corpo, sente-se mais viva e dona desse corpo e, conseqüentemente melhora seu sentimento de potência e diminui sua sensação de incapacitação (Dias, 2014).

Como o amadurecimento não é linear (Winnicott, 1979/83 Klein, 1946/91), sua piora nos domínios ‘solicitude’ e ‘controle’ pode ser uma proeminência de angústia frente ao novo, que pede novas atitudes as quais ela ainda está construindo e ainda não as tem, portanto plenamente compreensível dentro do quadro geral apresentado (Klein, 1946/91).

**Clarice**

As atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, demonstram que houve mudanças (ou manutenção de resultado) positivas em cinco das sete atitudes frente à dor. O maior ganho (de 1,7 para 3,3 sendo o desejável 4,0) ocorreu na ‘Emoção’, ou seja, na crença de que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’, seguido pelo ‘Controle’ em que ela acredita que ‘Pode controlar a dor’ (de 0,6 para 2,2, sendo o desejável 4,0) demonstrando uso de respostas mais adequadas (Tabela 05).

O menor ganho, com involução, ocorreu nas atitudes do domínio ‘Incapacidade’ (de 1,3 para 2,3\_ o desejável era zero) e ‘dano Físico’ (de 1,2 para 1,8\_ o desejável era zero), ou seja, Clarice crê de que está incapacitada pela dor e acredita que ‘a dor significa que está machucando a si mesma e que deve evitar exercícios’

Ela manteve o resultado em dois domínios: ‘Solicitude’ (de 0,0 do desejável é zero) e ‘Medicação’ (de 1,7 do desejável zero), ou seja, a paciente não acredita que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’, (atitudes perfeitamente adequadas nesse domínio) e crê (inadequadamente) que ‘Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica’.

Os sintomas depressivos aumentaram de 36 para 42 na escala EBADEP-A, mantendo-se no mesmo nível ‘depressão leve’ (Baptista, 2012). Ao que se infere que ela possa ter respondido pós-intervenção com maior consciência do que na aplicação pré-intervenção. Ela participou de um terço dos encontros o que não permite vincular essa mudança ao processo terapêutico, mas o fato de ter sido ativa no grupo e de ter uma amiga participando (a qual convivia diariamente e podia trocar informações) pode ter ampliado seu campo de discussão do tema contribuindo para esse quadro. É presumível se pensar que isso pode ter acontecido porque o espaço no grupo forneceu a possibilidade de amadurecimento pessoal, que de acordo com Winnicott (1971/1975) permite uma vivência mais real das experiências, inclusive se voltando mais para dentro de si mesma, num claro sinal de saúde (Winnicott 1967/1971 citado por Moraes, 2014). O autor se refere ao fato de que esse ambiente necessário ao amadurecimento pessoal, tal qual a mãe oferece ao bebê, pode ser oferecido pelo *setting* terapêutico. Nesse sentido o *setting* ou ambiente, pôde ser vivenciado por Clarice como um espaço potencial onde ocorreu, com o uso transicionalidade, ou seja, Clarice como adulta pôde ‘brincar’ e assim simbolizar. O fato de poder ligar suas fantasias à realidade, pode ter contribuído para um estado de sentir-se real (Winnicott, 1971/1975; Dias, 2014).

## Resultado individual das avaliações

**Tabela 05:** Resultados de Clarice, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e EBADEP-A

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	0	Manteve
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	1,3	3,3	2,0	Aumento
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	4,0	3,4	-0,6	Diminuição
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	0,6	2,2	1,6	Aumento
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	1,2	1,8	0,6	Aumento
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	1,3	2,3	1,0	Aumento
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2,5,13	0 / 0-12	1,7	1,7	0,0	Manteve
EBADEP-A	-	Escala de Depressão	1 a 45	0 / 0-135	36	42	6	Aumento
<b>Itens invertidos / Referência-base</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

Essa melhora na conscientização, expressa nessa mudança de estado depressivo e nos ganhos psicológicos descritos acima, pode tê-la ajudado nos ganhos referentes à melhora no enfrentamento da dor, que passaram a ser de uma maneira mais eficiente, como supracitado.

Na entrevista de devolutiva ela, primeiro, se desculpou por não poder ter vindo mais e afirmou ter aproveitado muito aquilo que foi discutido, lamentou que tivesse faltado tantas vezes e agradeceu por termos ainda aceitado ela no grupo, mesmo com tantas faltas.

Aparentava tranquilidade e gratidão, esta última expressa claramente, para com a terapeuta e os colegas de grupo.

### **Tereza**

A partir da coleta das atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, foi possível perceber que houve mudanças positivas em quatro das sete atitudes frente à dor. Os dois maiores ganhos foram nos domínios: ‘Solicitude’ (de 2,0 para 1,2 \_ o desejável era zero) e ‘Cura Médica’ (de 4,0 para 2,0 \_ o desejável era zero) significando que ela não acredita que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’ e crê, mesmo com diminuição dos *scores*, que a ‘a medicina pode curar a sua dor’ (Tabela 06).

Ocorreu involução na atitude ligada ao domínio ‘Emoções’ (de 3,8 para 3,0\_ o desejável é 4,0), que é a crença de que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’, seguido pela ‘Incapacidade’ (de 0,3 para 1,7\_ o desejável é zero), ou seja, ela acredita que está mais incapacitada pela dor’.

Os sintomas depressivos se mantiveram em 7 pontos na escala GDS, caracterizando depressão leve-moderada (Ferrari, Dalacorte 2007). Essa condição de estado depressivo pode estar contribuindo para que ela tenha atitudes frente à dor citados acima.

Na entrevista de devolutiva ela declarou ter gostado muito de participar do grupo (esteve em sete das 10 sessões) e que ‘se via de forma diferente agora’, pois sabia que poderia ‘ter mais controle sobre a própria vida’. Demonstrou felicidade por estar indo fazer uma viagem a passeio que ela não fazia há muito tempo e ‘sentia-se bem e sem culpa’ por fazê-lo. Considerou-se que esse foi um ganho importante ante o sentimento, outrora presente, de obrigação para com os familiares e não para consigo.

As informações disponíveis permitem compreender Tereza como alguém que está buscando ajuda externamente, mas parece não estar internamente instrumentalizada. Demonstra capacidade e interesse de adquirir o externo tornando-o parte de suas atitudes funcionais e adequadas para com a realidade (Dias, 2014).

### **Resultado individual das avaliações**

**Tabela 06:** Resultados de Tereza , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	2,0	1,2	-0,8	Diminuição
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	3,8	3,0	-0,8	Diminuição
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	4,0	2,0	-2	Diminuição
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	2,6	1,6	-1	Diminuição
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	1,4	1,2	-0,2	Diminuição
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	0,3	1,7	1,3	Aumento
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2,5,13	0 / 0-12	4,0	3,7	-0,3	Diminuição
GDS-15	-	Escala de Depressão Geriátrica	15	0-4 / 0-15	7	7	0	Manteve
<b>Itens invertidos / Referência-base</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

### Josefa

A partir da coleta das atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, foi possível perceber que houve manutenção dos resultados positivos em dois domínios (Emoção e Solicitude), mudanças positivas em três domínios (Cura médica, Controle e Incapacidade) dos sete domínios de atitude frente à dor, portanto, confirmando um protocolo com mais ganhos (cinco de sete) do que perdas. Os dois maiores ganhos foram nos domínios: ‘Controle’ (de 0,8 para 2,8 \_ o desejável era 4,0) e ‘Incapacidade’ (de 4,0 para 2,7\_ o desejável era zero), ou seja, ela acredita que está mais incapacitada pela dor’, mas acredita que ‘Pode controlar a dor’ (Tabela 07).

O menor ganho ocorreu na atitude: ‘Dano Físico’ (de 1,6 para 4,0\_ o desejável era zero) e ‘Medicação’ (de 3,0 para 3,3\_ o desejável era zero) deixando claro que ela acredita que ‘Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica’ e que ‘a dor significa que está machucando a si mesma e que deve evitar exercícios’.

A manutenção dos resultados ocorreu nos domínios ‘Emoção’ (de 4,0 do desejável 4,0) e ‘Solicitude’ (de 3,8 do desejável é zero), significando que ela reconhece adequadamente que ‘suas emoções influem na sua experiência de dor’ e acredita de forma disfuncional que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’. Esse resultado aparece de forma velada na sua fala (entrevista) alusiva à solidão e manifesta na participação, pois contrastando com o cuidado permanentemente recebido da filha e noras, suas faltas no grupo se deram por não ter quem a trouxesse o que demonstra falhas nessa rede de apoio/cuidados, desse modo essa incerteza pode ser angustiante para Josefa que fica insegura quanto a receber o que precisa desses familiares. O ambiente parece não estar sendo sentido como estável ou suficientemente bom por ela, que tem que se ver com suas angústias frente a agonia impensável de não ter quem cuide dela naquilo que lhe é elementar (Winnicott, 1979/1983; Dias, 2014).

Os sintomas depressivos aumentaram de 4 para 6 pontos na escala GDS, caracterizando saída da ‘ausência de depressão’ para o estado de ‘depressão leve-moderada’ (Ferrari & Dalacorte 2007). Esse estado depressivo pode ser explicado como um aspecto de saúde. Josefa demonstrou ter feito bom uso do espaço do grupo para elaboração de diversos lutos acumulados, acredita-se que entrar em contato com estes extratos profundos tenha fornecido a ocasião de resignificação de todo o resto que estava ligado à essas perdas. Essa elaboração (a partir das resignificações) não ocorre de forma linear exigindo dela certa permanência nesse estado de retorno ao seu si-mesmo como pode ser explicado pela teoria Kleiniana (Klein, 1946/1991) da desintergração-integração do ego e pela teoria Winnicottiana da unidade da personalidade (Winnicott 1967/1971 citado por Moraes, 2014).

Essa condição de estado depressivo parece não ter influenciado suas atitudes frente à dor citados acima. É possível que ela tenha respondido pós-intervenção com maior consciência do que na aplicação pré- intervenção. Ela participou de cinco dos 10 encontros o que, quantitativamente, poderia tornar frágil a vinculação dessa mudança ao processo terapêutico, parece, na verdade, que, qualitativamente, demonstra claramente que ela

usufruiu bem, tirando o máximo proveito dos encontros. O fato de ter sido ativa no grupo pode ter ampliado seu campo de reflexão sobre o tema, contribuindo para esse quadro.

### Resultado individual das avaliações

**Tabela 07:** Resultados de Josefa , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	3,8	3,8	0	Manteve
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	4,0	4,0	0,0	Manteve
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	4,0	3,0	-1	Diminuição
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	0,8	2,8	2	Aumento
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	1,6	4,0	2,4	Aumento
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	4,0	2,7	-1,3	Diminuição
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2,5,13	0 / 0-12	3,0	3,3	0,3	Aumento
GDS-15	-	Escala de Depressão Geriátrica	15	0-4 / 0-15	4	6	+2	Aumento
<b>Itens invertidos / Referência-base</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

Na entrevista de devolutiva ela citou ‘sentir muito’ que não tivesse podido vir a todos os encontros, contou que tirou proveito das ‘vindas’ e que era grata por ter sido atendida. Revelou que teria dificuldades de transporte para continuar vindo à USP, caso a encaminhássemos para outro grupo, ao que foi orientada a buscar participação social em seu próprio bairro, como ela admite com prazer participar dos eventos religiosos, sugeriu-se que ele verificasse na sua instituição religiosa algo que pudesse fazer para sentir-se ‘mais útil’ como ela disse desejar. Compreende-se que a orientação foi suficiente, dadas às condições da rede de apoio.

## **Maria**

As atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30-30, demonstram que houve mudanças positivas em cinco dos sete domínios: Cura médica, Emoção, Dano físico, Incapacidade e Medicação. O maior ganho (de 3,0 para 1,4 o desejável era zero) ocorreu no domínio ‘Cura Médica’ (de 3,0 para 1,4\_ o desejável era zero), seguido por ‘Emoção’ (de 1,3 para 2,5\_ o desejável era 4,0), ou seja, Maria crê que ‘A medicina pode curar a sua dor’ e reconhece que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’(Tabela 08).

Os menores ganhos, incluindo involução, ocorreram nas atitudes: de ‘Controle’ (de 2 para 1,4, sendo o desejável 4,0) e ‘Solicitude’ (de 2,6 para 3,0, sendo o desejável zero), ou seja, ela acredita em que ela não acredita que ‘Pode controlar a dor’ e crê que ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’ (Grifos nossos).

Os sintomas depressivos diminuíram de 6 para 4 pontos na escala GDS, caracterizando saída do estado de depressão leve-moderada para de ausência de depressão (Ferrari, Dalacorte 2007). O que é um resultado importante, pois ela participou de um cinco dos dez encontros. Essa mudança de estado depressivo deve favorecê-la no enfrentamento de seu quadro de dor de maneira mais eficiente.

Na entrevista de devolutiva Maria alegou ter gostado muito de vir aos encontros, dos temas que foram discutidos no grupo, tendo aprendido muito com as experiências dos colegas, afinal, para ela sempre ‘se pode estar aprendendo’.

Devido às poucas informações, não é possível creditar a diminuição dos sintomas depressivos à intervenção grupal, mas qualitativamente, é possível discutir que, ter um grupo em que ela pôde refletir sobre seu envelhecimento, situando claramente que ter dor não é sinal da idade, mas algo que piora, se não tratado, no decorrer da idade pode ter dado a ela mais ferramentas de enfrentamento ativo do que de espera pelos familiares tal qual ocorreu no estudo de (Valle, Collacicco, Vagostello & Tardivo. 2015).

Adicionalmente, é importante acrescentar que ela parecia (no início) esperar atuar no grupo como uma ‘ensinadora’ e na saída se mostra como ‘aprendedora’ o que permite pensar que, no percurso do grupo, ele se permitiu livrar-se do papel e de uma carga (auto-induzida) de ‘professorar’ sempre e pôde experimentar um lugar mais confortável de se estar submetida ao conhecimento do outro. Isso permite pensar o quanto o grupo pode ter sido um

ambiente de trocas como sugerido por Winnicott (1971/1975, 1979/1983), um espaço para o brincar, para exercer a criatividade e, sendo assim, o encontro terapêutico pode tê-la favorecido emocionalmente por sua clínica singular baseada na troca afetiva em que ele não tinha obrigação de ‘ensinar’ nada e de ‘aprender’ se quisesse, num uso do princípio da liberdade, criando e recriando seu si-mesmo e a realidade à sua volta (Safra, 2005).

### Resultado individual das avaliações

**Tabela 08:** Resultados de Maria , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15

Descrição	Instrumento				Pontuação			
	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	2,6	3,0	0,4	Aumento
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	1,3	2,5	1,3	Aumento
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	3,0	1,4	-1,6	Diminuição
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	2,0	1,2	-0,8	Diminuição
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	2,4	1,6	-0,8	Diminuição
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	2,3	1,7	-0,7	Diminuição
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5,13	0 / 0-12	3,3	2,7	-0,7	Diminuição
GDS-15	Escala de Depressão Gerátrica		15	0-4 / 0-15	6	4	-2	Diminuição
<b>Itens invertidos / Referência-base</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

Nesse sentido, pode-se compreender sua melhora positiva, mesmo que pequena, em cinco dos sete domínios como uma mudança resultante de um novo olhar sobre si mesma e sobre seu corpo, quebrando paradigmas e estereótipos de que ‘ser velho é sentir dor’ (Neri, 2011).

## Ana

A partir da coleta das atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, foi possível perceber que houve mudanças positivas em quatro dos sete domínios de atitudes frente à dor: Incapacidade, Dano Físico, Emoção e Medicação. Os dois maiores ganhos foram nos domínios: ‘Incapacidade’ (de 2,3 para zero\_ o desejável era zero) e ‘Dano Físico’ (de 2,2 para 0,6\_ o desejável era zero), portanto ela agora mantém uma adequada crença de que não ‘está incapacitada pela dor’ (Grifo nosso) e melhorou muito sua crença de que ‘a dor significa que está machucando a si mesma e que deve evitar exercícios’ que está muito próxima do esperado (Tabela 09).

Os domínios: ‘Solicitude’ (de 1,0 para 1,4 \_ o desejável era zero) e ‘Cura Médica’ (de 2,6 para 3,0 \_ o desejável era zero) tiveram involução e isso significa que Ana acredita que os ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’ e crê que a ‘a medicina pode curar a sua dor’ (Grifos nossos). Respostas disfuncionais que podem lhe gerar sofrimento emocional, já que dizem respeito a comportamentos que vêm do externo e, desse modo, fora do seu controle.

A manutenção do resultado antes e após a intervenção ocorreu no domínio ‘Controle’ (3,4 do desejável 4,0), que significa que ela compreende bem que pouco ‘Pode controlar a dor’. Esse resultado é favorável a seu quadro, pois está muito próximo do desejável, ou seja ela usa muito mais aspectos da saúde, no enfrentamento de suas dores, do que da doença demonstrando uso de defesas mais maduras (Klein,1946/1991).

Os sintomas depressivos (de zero para 1), na escala GDS, caracteriza ausência de depressão (Ferrari & Dalacorte 2007). Essa condição pode explicar os bons resultados nas atitudes frente à dor citados acima.

Na entrevista de devolutiva ela contou que tinha gostado muito do grupo e que esperava poder ter outro grupo para participar porque adora participar de grupos como esse, pois sempre ‘aprende algo novo’. Esteve em sete das 10 sessões e, se participar de um outro grupo, provavelmente será na mesma frequência pois já tem a agenda cheia para o próximo ano. O ‘estar no mundo’ de Ana é sendo altruísta, é se doando ao outros numa disposição constante para apreender, dos outros, para si. Isso está de acordo com o que Safra (2005) chama de ‘self no mundo’, explicando que o eu acontece no mundo com as outras pessoas e em trocas significativas.

## Resultado individual das avaliações

**Tabela 09:** Resultados de Ana, pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	1	1,4	0,4	Aumento
	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	3	3,3	0,3	Aumento
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	2,6	3	0,4	Aumento
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	3,4	3,4	0	Manteve
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	2,2	0,6	-1,6	Diminuição
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	2,3	0	-2,3	Diminuição
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5,13	0 / 0-12	4	3,7	-0,3	Diminuição
GDS-15	-	Sem depressão	15	0-4 / 0-15	0	1	1	Aumento
<b>Itens invertidos / Referência-base</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

### Paulo

A partir da coleta das atitudes frente à dor, colhidas com o IAD-30, foi possível perceber que houve mudanças positivas em três dos sete domínios de atitudes frente à dor: ‘Emoção’, ‘Solicitude’ e ‘Controle’, com manutenção do resultado obtido em ‘Incapacidade’ e piora ou involução nos outros três domínios: ‘Medicação’, ‘Dano Físico’ e ‘Cura Médica’. A evolução de dois deles (aumentaram os *scores*) ocorreu nos domínios: ‘Emoção’ (de 1,3 para 2,3 \_ o desejável era 4,0) e ‘Solicitude’ (de 2,8 para 2,0 \_ o desejável era zero) significando que ele acredita, mesmo um pouco, que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’ e que os ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ela sente dor’ e crê que a ‘a medicina pode curar a sua dor’ (Grifos nossos) (Tabela10).

Houve involução no domínio ‘Medicação’ (de 2,7 para 3,3\_ o desejável era zero), seguido pelo ‘Dano Físico’ (de 1,8 para 2,2\_ o desejável era zero), ou seja, Paulo acredita que ‘A medicina pode curar a sua dor’ com forte crença de que ‘a dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios’.

O domínio ‘Incapacidade’ foi o único que teve manutenção do resultado antes e após a intervenção (2,3 do desejável zero), significando que Paulo se vê  muito ‘incapacitado pela dor’(Grifo nosso). Esse resultado pode explicar sua involução e seus discreto ganhos nos demais domínios.

Os sintomas depressivos na escala GDS, evoluíram 1 ponto (de 10 para nove pontos), entre e após a intervenção, caracterizando manutenção do estado de depressão leve-moderada (Ferrari, Dalacorte 2007). Esse resultado permite refletir que essa condição de estado depressivo pode acontecer devido à suas atitudes frente à dor serem mais focadas na dependência da medicina para curá-lo, como uma reação defensiva frente à frustração de a medicina não ter conseguido isso até o momento, em contrapartida a dependência, justamente, pode acontece porque ele se sente depressivo e incapaz e a medicina poderia ser a única a salvá-lo da dor. Ambas as possibilidades são possíveis e podem interatuar.

Na entrevista de devolutiva ele declarou ter gostado de participar do grupo (esteve em nove dos 10 encontros) e que não teria mais disponibilidade para participar de grupos porque iria tentar recomeçar seus estudos, realizar seu sonho que é fazer mestrado, o que ele não conseguiu até hoje por causa dos seus problemas de concentração (devido à dor e sensações, de formigamento e choque, não consegue se concentrar), mas está disposto a tentar, pois um antigo professor lhe dissera ser possível lhe devolvendo a esperança.

### Resultado individual das avaliações

**Tabela 10:** Resultados de Paulo , pré e pós-intervenção, nos instrumentos IAD-30 e GDS-15

Instrumento					Pontuação			
Descrição	Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Pré	Pós	Diferença	Avaliação da diferença
IAD-30	Solicitude de	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor	3,7,9,14,18	0 / 0-20	2,8	2,0	-0,8	Diminuição

	Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	1,3	2,3	1,0	Aumento
	Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	1,6	1,8	0,2	Diminuição
	Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	1,6	1,8	0,2	Aumento
	Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	1,8	2,2	0,4	Aumento
	Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	2,3	2,3	0,0	Manteve
	Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5,13	0 / 0-12	2,7	3,3	0,7	Aumento
GDS-15	-	Escala de Depressão Geriátrica	15	0-4 / 0-15	10	9	-1	Diminuição
	<b>Itens invertidos / Referência-base</b>	4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)						

## V.2. 2 – ESTUDO COMPARATIVO: PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO – NO GRUPO

### V.2. 2.1 Depressão

O grupo foi avaliado quantitativamente (usando estatística descritiva) nos estados depressivos usando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para idosos (n=5) e Escala Batista de Depressão EBADEP-A (n=2) em que se obteve as pontuações individuais que foram transformadas em médias simples (Tabela 11). Não foi possível fazer exames estatísticos, dada a quantidade de participantes ser abaixo de cinco. Desse modo são apresentados dados brutos ou médias simples.

Comparando antes e após a intervenção, entre os idosos (n=5), a média **simples** do grupo involuiu de 5,2 para 5,4 (as respostas variaram entre 1-9 e 0-10 respectivamente). Considerando-se que esta escala pode ter pontuação total de zero (0) a 15 e que menor pontuação é concomitante com menor sintomatologia depressiva, o grupo teve 35% da pontuação total possível. Esse resultado apontou pequeno aumento dos sintomas depressivos, contudo mantiveram o índice que indica depressão leve a moderada (Ferrari & Dalacorte, 2007).

Entre os adultos até 59 anos (n= 2), comparando pré e pós-intervenção, o resultado apontou evolução de 59,5 para 43,0 (as respostas variaram entre 36-83 e 42-44 respectivamente), demonstrando diminuição dos sintomas depressivos, corroborando melhora de depressão moderada para depressão leve (Baptista, 2012).

**Tabela 11** – Resultado da Escala de Depressão, itens, escore desejável/variação, frequência e cálculo médio do escore (grupo) – Pré e Pós-Intervenção – n=7 - SP, 2019.

Escala	Escore desejável / variação	Cálculo do escore / domínio Média grupo Pré	Cálculo do escore / domínio Média grupo Pós	Diferença	Avaliação da diferença
EBADEP	0 / 0-135	59,5	43,0	-16,5	Diminuição
GDS	0 / 0-15	5,2	5,4	0,2	Aumento

Fonte: Autora

### V.2. 2.2 Atitudes frente à dor

Conhecer os níveis de sintomatologia depressiva foi muito importante para compreender melhor, e talvez explicar, as atitudes frente à dor, mensurados a partir do Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), na versão brasileira, aplicado a todos os participantes. O grupo apresentou resultados (Tabela 12), aqui considerada a média, muito abaixo do desejável em seis dos sete domínios (a exceção foi domínio ‘Emoção’), demonstrando ser mais bem instrumentalizados nesse domínio: ‘Emoção’ que evoluiu de 2,4 para 3,1 do desejável 4,0. Também houve ganho no domínio ‘Cura Médica’ (evoluiu de 3,1 para 2,5 do desejável zero) e ‘Incapacidade’ (de 2,4 para 1,9 do desejável zero), ou seja, esse resultado indica que o grupo reconhece que ‘Suas emoções influem na sua experiência de dor’ e crê que ‘A medicina pode curar a sua dor’, reconhecendo-se menos ‘incapacitados pela dor’. Esses resultados são concomitantes com o discurso geral do grupo.

O único domínio com pior resultado e que teve involução foi: ‘Solicitude’ (de 1,8 para 1,9 do desejável zero), que mostra que o grupo crê que fortemente que os ‘Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor’ o que está de acordo com o relato de metade dos integrantes, nas entrevistas, sendo que a outra metade

teve um discurso extremamente oposto e seus resultados encontram-se entre zero e 1,4 do desejável zero.

**Tabela 12-** Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-30), versão brasileira com 30 itens: definição dos domínios, itens, escore desejável, variação, itens invertidos e cálculo médio (grupo) do escore – Pré e Pós-Intervenção –n=7 - SP, 2019.

Domínio	Definição: <i>O quanto o paciente acredita que...</i>	Itens	Escore desejável / variação	Cálculo do escore / domínio Média grupo Pré	Cálculo do escore / domínio Média grupo Pós	Diferença	Avaliação da diferença
Solicitude	Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor.	3,7,9,14,18	0 / 0-20	1,8	1,9	0,1	Aumentou
Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6,10,15,25	4 / 0-16	2,4	3,1	0,7	Aumentou
Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4,8,21,24,29	0 / 0-20	3,1	2,5	-0,6	Diminuiu
Controle	Pode controlar a dor	1,12,17,20,22	4 / 0-20	1,7	1,9	0,2	Aumentou
Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11,16,19,27,28	0 / 0-20	2,1	2,0	-0,1	Diminuiu
Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23,26,30	0 / 0-12	2,4	1,9	-0,5	Diminuiu
Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2,5,13	0 / 0-12	3,0	2,9	-0,1	Diminuiu
<b>Itens invertidos</b>		4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 - A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido (Pimenta e colabs., 2009)					
<b>Referência de base</b>		Pimenta e colabs, 2009					

### V.2.3 – Follow up (Seguimento)

Após quatro meses do término do grupo, e último contato (coleta pós-intervenção), entrou-se em contato com os participantes por telefone para oferecimento de entrevista

peçoal objetivando verificar como estavam, na forma autorreferida, os ganhos verificados no fim da intervenção e, se necessário, fazer encaminhamentos e orientações. Dos sete, três pessoas participaram da entrevista de seguimento: Tereza, Maria e Ana. Cada uma durou em média 30 minutos. Paulo e Clarice, por indisponibilidade de horário, foram atendidos por telefone, as chamadas duraram quatro e três minutos respectivamente. Não se conseguiu contato com Rosalva e Josefa. A partir desses diálogos, apresenta-se abaixo, as principais informações captadas.

**Clarice** continua apresentando as dores de cabeça, mas tem ido menos ao hospital. Sua preocupação atual é com o trabalho que tem lhe tomado, muito do seu tempo. Voltou a fazer academia.

**Tereza** permanece apresentando as mesmas dores, mas tem conseguido participar de outros grupos na UBS e na USP, ambos os grupos, próximos à sua casa. No tocante à vida familiar tem conseguido colocar regras, dizer não e, embora com dificuldade, priorizar o seu desejo. Diz que vai carregar os ganhos que obteve no grupo para sempre, pois foram muito significativos para ela.

**Maria** apresentava ainda as dores nas pernas e no corpo, mas disse que tem resignificado suas sensações, sobre isso, como algo muito pequeno frente aos grandes sofrimentos que tem presenciado na vida de outras pessoas a quem quer muito ajudar. Continua sua rotina religiosa e de voluntariado. Começou a fazer hidroginástica e isso tem lhe feito bem. Refere que têm participado de vários grupos (na USP, igrejas e UBS) próximas à sua casa. Dos ganhos, a partir do grupo, ela cita o aprendizado trocado com as outras pessoas *“Ver que tem mais gente com dor e piores do que as minhas me ensinaram muitas coisas”* que, segundo ela, ‘vão ser para a vida’.

**Ana** continua apresentando dores na coluna e no corpo, mas seu foco está voltado para uma cirurgia de catarata que vai fazer em breve. Continua sua rotina de viagens religiosas e seus cuidados com a irmã e a casa. Segundo ela os ganhos obtidos no grupo permanecem *“É muito importante estar sempre ativa, continuo buscando participar de grupos sempre”*.

**Paulo** segue apresentando as mesmas dores generalizadas no corpo todo e aguardando a troca de seu dispositivo de modulação da dor. Teve aumento na dose prescrita de antidepressivo. Refere que aprendeu com o grupo a compreender melhor sua dor e leva isso para o seu dia-a-dia para *“que a vida continue da melhor forma, né!?”*. Refere não estar

participando de outros grupos devido a não conseguir conciliar com seu trabalho e cuidados da mãe, mas que tem interesse em voltar a participar de grupos com a temática da dor crônica.

As informações coletadas mostram que houve permanência dos ganhos, na maioria dos casos. Ademais, houve incremento de novas atividades o que pode significar melhora nas formas de enfrentamento da dor.

## CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se finalmente, a partir dos objetivos do estudo, que a intervenção psicológica em grupo foi, qualitativamente, eficiente na saúde emocional dos participantes. Não houve diminuição dos episódios de dor crônica, mas o aprendizado obtido se mostrou favorável no enfrentamento, já que, em longo prazo (*follow up*) os participantes citaram novas atitudes, para lidar com a dor, mais voltadas à saúde revelando alcançar o público e demanda ora abordado.

Especificamente comparando os efeitos pré e pós-intervenção grupal nos índices de depressão, considerando a média do grupo, houve ganhos mais expressivos na população adulta (de depressão moderada para depressão leve) e entre os idosos houve manutenção dos *escores* de depressão leve-moderado, com importantes ganhos nas atitudes de enfrentamento da dor, antes e após a intervenção. Considerando-se a amostra total, houve, qualitativamente, ganhos significativos em todos os domínios, exceto no domínio: 'Solicitude'. Esse resultado, mais as entrevistas individuais, mostram que os participantes adquiriam ganhos relevantes e que a população atendida, permitiu-se se abrir e ampliar seu repertório de enfrentamento da dor, expandindo seu campo psicológico de ação.

A socialização proporcionada pelo grupo foi outro diferencial proveitoso para essa população, uma vez que os vínculos, construídos no grupo, ultrapassaram a fronteira deste atendimento e se estenderam para encontros fora do *setting*. Na devolutiva ficou claro que o grupo mantém contato, mesmo após o encerramento do grupo, o que mostra uma disposição dos participantes para as trocas relacionais o que é muito positivo no enfrentamento da dor crônica.

Esta pesquisa, como todo estudo qualitativo, apresenta limitações relativas ao método clínico de pesquisa, além disso, a temática e as variáveis envolvidas são complexas, contudo os resultados mostram, principalmente os qualitativos, que os encontros foram muito positivos, porque permitiram uma oportunidade de maior reflexão sobre aspectos da vida, entrelaçados pela experiência de dor e maior aprendizado, dos participantes.

Dessa forma, é fundamental que sejam realizadas outras pesquisas sobre intervenção terapêutica grupal com pessoas que sofrem de dor crônica, uma vez que no Brasil há carência de estudos que utilizem e avaliem esse tipo de intervenção. Há uma lacuna na área da Psicologia no que se refere às pesquisas que envolvam intervenções psicológicas para

promover a saúde emocional especificamente para essa população necessitada de cuidado e assistência multi disciplinar.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, O. P., Almeida, S. A. (1999). *Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida*. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2b, p. 421-42.
- American Psychiatric Association – APA (2014). *DSM – 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed. 992ps.
- American Psychiatric Association – APA (2019). *Psycnet.apa.org* . Recuperado de : <<https://psycnet.apa.org/search/results?id=ec32611e-d74f-2f0d-65c1-f880250d3ced&tab=PI&sort=PublicationYearMSSort%20desc,AuthorSort%20asc&display=25&page=3>> Acesso em 22, mai,2019.
- Andersén, Å., Larsson, K., Lytsy, P., Berglund, E., Kristiansson, P., & Anderzén, I. (2018). Strengthened General Self-Efficacy with Multidisciplinary Vocational Rehabilitation in Women on Long-Term Sick Leave: A Randomised Controlled Trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(4), 691–700. doi:10.1007/s10926-017-9752-8
- Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crônica psicología, *SAÚDE & DOENÇAS*, 1 (1), 101-112.
- Baptista, M. N., Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério 1. *Psico-USF*, (v.16, n. 2, pp. 151-161).
- Baptista, M. N. (2012). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulta) – EBADEP-A. *Livro de instruções*. São Paulo: Vetor.
- Barbieri, V., Jacquemin, A. & Alves, Z. M. M. B. (2007). *O psicodiagnóstico interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: Fundamentos teóricos e práticas clínicas*. Psico (Porto Alegre), 38(2), 174-181.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LTDA.
- Barreto, Ricardo Azevedo. (2013). O outro da dor. *Estudos de Psicanálise*, (40), 101-106. Recuperado em 29 de janeiro de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372013000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200012&lng=pt&tlng=pt).
- Beinert, K.; Lutz, B.; Zieglgänsberger, W.; & Diers, M. (2018). Seeing the site of treatment improves habitual pain but not cervical joint position sense immediately after manual therapy in chronic neck pain patients. *European Journal of Pain*, Aug 13 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1290>
- Bellak, L. & Abrams, D. M. (1998). *Manual for the senior apperception technique*. New York: P. O. Box 83.

- Benito, G., Nadador, V., Fernández-Alcnaud, J., Hernández-Salvan, J., Ruiz-Castro, M., Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 4: 254-262.
- Blaya, C. (2005). *Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro*. 190 p. Dissertação Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, RS.
- Bléger, J. (1989). *Temas em psicologia: Entrevista e Grupos*. Tradução Rita Maria M. de Moraes, revisão Luis Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes.
- Botelho, Leonardo; Angoleri, Letícia; Zortea, Maxciel; Deitos, Alicia; Brietzke, Aline; Torres, Iraci L. S.; Fregni, Felipe; & Caumo, Wolnei . (2018). Insights about the neuroplasticity state on the effect of intramuscular electrical stimulation in pain and disability associated with chronic Myofascial Pain Syndrome (MPS): A double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol 12, Oct 16 , 2018, Article 388. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2018.00388>
- Brasil. Ministério da saúde (s/d). *Departamento de Informática do SUS - DATASUS – Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiSP.def>*
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde (2012). Portaria Nº 1.083, de 2 de Outubro de 2012. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/anexo\\_prt1083\\_02\\_10\\_2012.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/anexo_prt1083_02_10_2012.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde.*
- Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado de < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> acesso em 02, jan, 2020.
- Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. *Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Recuperado de < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> acesso em 02, jan, 2020.
- Buck, J.N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.

- Bushnell, M. C., Ceko, M. & Low, L.A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience* (14) 502–511. Recuperado de <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n7/abs/nrn3516.html>.
- Carlin, Leslie; Zhao, Jane; Dubin, Ruth; Taenzer, Paul; Sidrak, Hannah; & Furlan, Andrea. (2018). Project ECHO telementoring intervention for managing chronic pain in primary care: Insights from a qualitative study. *Pain Medicine*, Vol 19(6), Jun 2018, 1140-1146. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx233>
- Catani, Julia; Moretto, Maria Livia Tourinho. (2016). A dor no limite do corpo e da psique: reflexões sobre a clínica psicanalítica e psiquiátrica. *Psicanálise*, v 18 (1), p 165-183. Recuperado de: <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/A-dor-no-limite-do-corpo-e-da-psique-reflex%C3%B5es-sobre-a-cl%C3%ADnica.pdf>
- Chang, Emiley; Choi, Sarah; Kwon, Ivy; Araiza, Daniel; Moore, Mignon; Trejo, Laura; & Sarkisian, Catherine. (2018). Characterizing beliefs about stroke and walking for exercise among seniors from four racial/ethnic minority communities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Aug 23 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1007/s10823-018-9356-6>
- Chaves, Gislaine. (2018). *Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico*. 221p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias – Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Correa, O.T.T. (2009). El autocuidado una habilidad para vivir. Recuperado em 06 março, 2010, de: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf).
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico – V*. (5a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da Velhice*. São Paulo (SP): Edusp.
- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. 3ª Ed. São Paulo: DWW Editorial.
- Ferrari, J. F., Dalacorte, R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica* (v. 17, n.1, p. 3-8). Porto Alegre.
- Flack, Florentina; Stahlschmidt, Lorin; Dobe, Michael; Hirschfeld, Gerrit; Strasser, Alexa; Michalak, Johannes; Wager, Julia; & Zernikow, Boris. (2018). Efficacy of adding interoceptive exposure to intensive interdisciplinary treatment for adolescents with chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain*, Vol 159(11) , 2223-2233. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001321>

- Freud, S. (1886-89/2006). Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]) In: *Publicações pré-psicanalíticas e Esboços inéditos*. Obras psicológicas completas de Freud: edição standard brasileira. Volume I. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1969).
- Freud, S. (1901/2006). *Estudos sobre a histeria*. Obras psicológicas completas de Freud: edição standard brasileira. Volume II. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1969).
- Freud, S. (1996/2006a). *Além do princípio do prazer*. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (2ªed., Vol.18, 13-77). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (1996/2006b). *O ego e o Id e outros trabalhos*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (1927-31/2006). *O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1928).
- Garland, Eric L.; Hanley, Adam W.; Bedford, Carter E.; Zubietta, Jon-Kar; Howard, Matthew O.; Nakamura, Yoshio; Donaldson, Gary W.; & Froeliger, Brett. (2018). Reappraisal deficits promote craving and emotional distress among chronic pain patients at risk for prescription opioid misuse. *Journal of Addictive Diseases*, Jun 1 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1080/10550887.2018.1459148>
- Gatti, Ana Lúcia, Witter, Carla, Gil, Claudia Aranha, & Vitorino, Sueli dos Santos. (2015). Pesquisa Qualitativa: Grupo Focal e Intervenções Psicológicas com Idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 20-39. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002382013>
- Gil, C. A. (2010). *Recordação e Transicionalidade: A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gil, C. A.; Tardivo, L. S. L. P. C. (2011). Recordação e Transicionalidade: A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Advances in Health Psychology*, 19 (1)-2 19-30, Jan-Jun.
- Hirase, T.; Kataoka, H.; Nakano, J.; Inokuchi, S.; Sakamoto, J.; & Okita, M. (2018). Effects of a psychosocial intervention programme combined with exercise in community-dwelling older adults with chronic pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, Vol 22(3), Mar 2018, 592-600. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1149>
- Hruschak, V., & Cochran, G. (2018). Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain: a systematic review. *Psychology, health & medicine*, 23(10), 1151–1167. doi:10.1080/13548506.2018.1446097

- Jacobs, Zachary G.; Elnicki, D. Michael; Perera, Subashan; & Weiner, Debra K. (2018). An e-learning module on chronic low back pain in older adults: Effect on medical resident attitudes, confidence, knowledge, and clinical skills. *Pain Medicine*, Vol 19(6), Jun 2018, 1112-1120 <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx333>
- Klein, M. (1984). *Inveja e gratidão: estudo das fontes do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1957).
- Klein, M. (1946/1991). *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides*. in: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1946-1963).
- Kligler, Benjamin; Nielsen, Arya; Kohrherr, Corinne; Schmid, Tracy; Waltermaurer, Eve; Perez, Elidania; & Merrell, Woodson. (2018). Acupuncture therapy in a group setting for chronic pain. *Pain Medicine*, Vol 19(2), Feb 2018, 393-403. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx134>
- Krebs, Erin E.; Gravely, Amy; Nugent, Sean; Jensen, Agnes C.; DeRonne, Beth; Goldsmith, Elizabeth S.; Kroenke, Kurt; Bair, Matthew J.; & Noorbaloochi, Siamak. (2018). Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or knee osteoarthritis pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, Vol 319(9), Mar 6 , 2018, 872-882. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.0899>
- Kurita, G.P.; Højsted, J.; & Sjøgren, P. (2018). Tapering off long-term opioid therapy in chronic non-cancer pain patients: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain*, May 29 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1241>
- Laurentiis, V. R. F. (2016). *Corpo e Psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.
- Lewis, G.N.; Rice, D.A.; Kluger, M.; & McNair, P.J. (2018). Transcranial direct current stimulation for upper limb neuropathic pain: A double-blind randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, Apr 16 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1220>
- Lima, A.M.M. (2003). *Saúde e Envelhecimento: autocuidado como questão*. São Paulo (SP): Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da USP.
- Lin, Jiayi; Klatt, Laura-Isabelle; McCracken, Lance M.; & Baumeister, Harald (2018). Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: An investigation of change processes. *Pain*, Vol 159(4), Apr 2018, 663-672. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001134>
- Lopes, A. R.; Hemsli, L. S. (1994) Co-terapia. In: Ramos, M. (org). *Casal e Família como paciente*. São Paulo: Escuta.

- Marín, M. T. A.; Martín, S. M. C.; Cofiño, S. H.; Campos, C. R.; Miguel, C. R. & Río-Martín, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 31 (110), 213-227. doi: 10.4321/S0211-57352011000200003.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicado em 1990).
- Mello-Filho, J.; Burd, M. (org) (2010). *Psicossomática hoje* [recurso eletrônico]. (2a ed.) Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed.
- Merlin, Jessica S.; Westfall, Andrew O.; Long, Dustin; Davies, Susan; Saag, Michael; Demonte, William; Young, Sarah; Kerns, Robert D.; Bair, Matthew J.; Kertesz, Stefan; Turan, Janet M.; Kilgore, Meredith; Clay, Olivio J.; Starrels, Joanna; Pekmezi, Dorothy; & Johnson, Mallory O. (2018). A randomized pilot trial of a novel behavioral intervention for chronic pain tailored to individuals with hiv. *AIDS and Behavior*, Jan 16, 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-018-2028-2>
- Minatti, Sueli Pinto. (2012). O psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 825-837. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000400006>
- Minayo, Maria Cecília de Souza. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Moraes, A. A. R. E. de. (2014). *Depressão na obra de Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial
- Murray, H. A. (2005). *TAT: Teste de Apercepção Temática*. Adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena M. Silva. (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nijamkin, G. C & Braude, M.G (2000). *O Questionário Desiderativo*, São Paulo: Editora Vetor.
- Neri, A. L. (org.) (2011). *Qualidade de Vida na Velhice: enfoque multidisciplinar*. 2ª ed. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (org) (1999). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo: Papirus.
- Oberleitner, Lindsay M. S.; Lumley, Mark A.; Grekin, Emily R.; M. Z. Smith, Kathryn; Loree, Amy M.; Carty, Jennifer N.; & Valentino, Deborah. (2018). Problematic prescription opioid use in a chronic pain treatment facility: The role of emotional processes. *Substance Use & Misuse*, Oct 16 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2018.1521426>
- Ocampo, M.L, S.; Arzeno, M.E.G.; Píccolo, E. G. e colaboradores (1995). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Ocampo, M.L, S.; Arzeno, M.E.G.; Píccolo, E. G. e colaboradores (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (11ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Organização Mundial da Saúde - OMS – (2014). *CID-10, V.1 - Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Formato: Livro.
- Pach, Daniel; Piper, Mike; Lotz, Fabian; Reinhold, Thomas; Dombrowski, Mirja; Chang, Yinghui; Liu, Bin; Blödt, Susanne; Rotter, Gabriele; Icke, Katja; & Witt, Claudia M. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of tuina for chronic neck pain: A randomized controlled trial comparing tuina with a no-intervention waiting list. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol 24(3), Mar 2018, 231-237. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2017.0209>
- Palacios, G. R. & Trejo, B. D. (2011). Efectos psicológicos y físicos de la modulación autonómica en el dolor miofascial: un estudio aleatorizado. *Revista Mexicana de Análisis De La Conducta* 2011 NUM 2 (8-11 / 11-11) *Mexican Journal of Behavior Analysis* 37, 99-115. doi: 10.5514/rmac.v37.i2.26142.
- Pallottini, R. (1995). *O grito* in: *Obra Poética*. São Paulo: Editora Hucitec. (Obra original publicada em 1965 sob o título *A Faca e A Pedra*).
- Perry, J.C. (1991). *Escalas de Avaliação dos Mecanismos de Defesa*. (5a ed. revisada em mai/1990, com emendas em jan/1991). Trad. Daniela Withaeuper e Elisa M. P. Yoshida, in mimeo. (reprodução autorizada).
- Pimenta, C. A.M.; Kurita, G. P.; Silva, E. M.; Cruz, Diná de A. L. M. (2009). Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*; 43(Esp):1071-9. Recuperado de [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp).
- Powers, A., Madan, A., Hilbert, M., Reeves, S. T., George, M., Nash, Michael R., & Borckardt, Jeffrey J. (2018). Effects of combining a brief cognitive intervention with transcranial direct current stimulation on pain tolerance: A randomized controlled pilot study. *Pain Medicine*, Vol 19(4), Apr 2018, 677-685. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnx098>
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2013, dezembro). Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), pp.43-63. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
- Reiner, Keren; Shvartzman, Pesach; Cohen, Zahira Ziva; & Lipsitz, Joshua D. (2018). Assessing the effectiveness of mindfulness in the treatment of chronic back pain: Use of quantitative sensory pain assessment. *Mindfulness*, sem página. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-018-1053-6>
- Rodríguez-Muñiz, R. M.; Orta-González, M. A. & Amashta-Nieto, L. (2010). Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Rev. Elect. Enfermería Global*, 19. p. 1-16.
- Rodrigues, Nikita P.; Cohen, Lindsey L.; McQuarrie, Susanna Crowell; & Reed-Knight, Bonney. (2018). Burnout in nurses working with youth with chronic pain: A pilot

intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol 43(4), May 2018, 382-391.  
<http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsx132>

Rouch, Isabelle; Pongan, Elodie; Leveque, Yohana; Tillmann, Barbara; Trombert, Béatrice; Getenet, Jean Claude; Auguste, Nicolas; Krolak-Salmon, Pierre; Laurent, Bernard; Dorey, Jean-Michel; & LACMé group. (2018). Personality modulates the efficacy of art intervention on chronic pain in a population of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, Vol 63(2), 2018, 617-624.  
<http://dx.doi.org/10.3233/JAD-170990>

Safra, Gilberto (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Ideias & letras.

Salas, Eric; Hulla, Ryan; Vanzzini, Nikeis; Trowbridge, Cynthia; Brotto, Marco; Keller, David; & Gatchel, Robert J. (2018). The relative efficacy of two exercise methods for older adults with chronic low back pain: A preliminary randomized control study. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, Apr 17, 2018, sem paginação.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jabr.12132>

Salles, R. J; Tardivo, L. S. L. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia [on line]*. 2017, 37(93), 282-310. Recuperado de: <a xmlns="http://www.w3.org/1999/xhtml" target="\_blank" href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94654179007">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94654179007</a>

Salles, R. J (2018). Longevidade e temporalidade: um estudo psicodinâmico com idosos longevos. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 256p.

Santos, F. A. A., Souza, J. B., Antes, D. L., d'Orsil, E. (2015). Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Ver. Bras. Epidemiol*, 18 (1): 234-47. doi: 10.1590/1980-5497201500010018.

Santos, Natália Amendola; Rudge, Ana Maria (2014). Dor na psicanálise – física ou psíquica? *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 450-468, set. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5>

Siegel, S. & Castellan Júnior, N. J. (2017). *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor SBED (s/d). *O que é dor?* Recuperado de <http://sbed.org.br/o-que-e-dor/>

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor SBED, (s/d). *5º Sinal Vital*. Recuperado de: <http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>

Souza, A. P. R., Crestani, A. H., Vieira, C. R., Machado, F. C. M., & Pereira, L. L. (2011). O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. *Revista CEFAC*. (Vol. 13(1), p. 140-151). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n1/200-09.pdf>

- Sullivan, Mark; Langford, Dale J.; Davies, Pamela Stitzlein; Tran, Christine; Vilaradaga, Roger; Cheung, Gifford; Yoo, Daisy; McReynolds, Justin; Lober, William B.; Tauben, David; & Vowles, Kevin E. (2018). A controlled pilot trial of paintracker self-manager, a web-based platform combined with patient coaching, to support patients' self-management of chronic pain. *The Journal of Pain*, Mar 29 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2018.03.009>
- Tardivo, L. S. P. C. (2007). *Psicodiagnóstico interventivo: Uma proposta de ensino em Atendimento Clínico*. Mudanças – Psicologia da Saúde, 15(2), 128-134.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Gil, C. A. (2004). O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e o APOIAR: fundamentos e propostas. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, Vol. 5(1), 40-47.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Gil, C. A. (2008). *APOIAR: novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier.
- Tardivo, L. S. P. C.; Silva, M. C. V. M.; Tosi, S.& De Miguel, A. (2012). *SAT- Técnica de Apercepção Temática para Idosos*. Adaptado a população brasileira. Livro de instruções. Vol. 1. Coleção SAT. São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). O procedimento de desenhos-estórias na expressão e na compreensão de vivências emocionais. In: W. Trinca (org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias* (p. 145-168), São Paulo: Vetor.
- Torres, Esperanza; Pedersen, Inge N.; & Pérez-Fernández, José I. (2018). Randomized trial of a Group Music and Imagery Method (GrpMI) for women with fibromyalgia. *Journal of Music Therapy*, Vol 55(2), Sum 2018, 186-220. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thy005>
- Trinca, W. (org.) (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (1998). *Processo diagnóstico de tipo compreensivo*. W. Trinca. Diagnóstico psicológico: A prática clínica. São Paulo: Cortez.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 39 (3):507-14.
- Turato, E. R. (2011). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (5ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes
- Turner, Barbara J.; Liang, Yuanyuan; Rodriguez, Natalia; Bobadilla, Raudel; Simmonds, Maureen J.; & Yin, Zenong. (2018). Randomized trial of a low-literacy chronic pain self-management program: Analysis of secondary pain and psychological outcome measures. *The Journal of Pain*, Aug 24 , 2018, sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.010>

- Vasconcelos, F. H. ; Araújo, G. C. (2018) Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Br J Pain*. São Paulo, 2018 abr-jun;1(2):176-9
- Vaisberg, M.W., Baptista, C.A., Gatti, C.O. Piçarra, I.C. & Rosa, F.P.B.C. (2001). Fibromialgia: descrição da síndrome em atletas e suas implicações. *Rev. Bras. Med Esporte* (vol 7, n. 1).
- Valle, L. de M. S. do, Colacicco, M. A. M., Vagostello, L., & Tardivo, L. S. de la P. C. (2015). Reflexões sobre um caso de dor crônica: compreensão a partir de sessões de psicoterapia. In *Anais*. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Vitorino, S. S.; Witer, C. e Miranda, M. L. J (2012). Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3). Online ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, 2012, jun.: 29-42
- Vitorino, S. S.; Tardivo, L. S. L. P. C. (2019). *Intervenção grupal em pessoas com dor crônica: Publicações da PsycInfo em 2018*. In: *Anais da 17ª Jornada Apoiar*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: São Paulo. E-book.
- Volich, R.M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates a Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volpato, G. L., e colaboradores (2013). *Dicionário crítico para redação científica*. Botucatu, SP: Best Writing.
- Williams, Amanda; Dongen, Johanna M.; Kamper, Steven J.; O'Brien, Kate M.; Wolfenden, Luke; Yoong, Sze L.; Hodder, Rebecca K.; Lee, Hopin; Robson, Emma K.; Haskins, Robin; Rissel, Chris; Wiggers, John; & Williams, Christopher M. (2018). Economic evaluation of a healthy lifestyle intervention for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain* , sem paginação. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1334> . Acesso em: mai, 2019.
- Winnicott, D. W. (1994). *O valor da consulta terapêutica*. Winnicott, C.; Shephard, R. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 244-248. (Obra original publicada em 1965).
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1971).
- Winnicott, D. W. (1979). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1989).
- Zimmerman, D. E. (1997). *Grupoterapia Psicoanalítica*. In: Zimmerman, D. E., Osório, L. C. e colaboradores. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed

Zimerman, D. E. (1993). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome do Participante:

.....

Documento de Identidade N°:..... Sexo: ( ) M ( ) F

Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....N°:.....Apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:.....Telefone:.....

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título da Pesquisa:** “Dor Crônica: sofrimento psíquico e repercussões emocionais em adultos e idosos”.

Aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa: CAEE 66818117.0.00005561/2017

Prezado (a) Participante,

Você está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, de uma pesquisa acadêmica que tem a finalidade de compreender os aspectos psicológicos de adultos e idosos com dor crônica. Leia as instruções abaixo antes de expressar ou não o seu consentimento para participar da pesquisa.

**Procedimentos:** A participação no estudo vai ocorrer em três etapas, sendo que cada uma deve durar cerca de uma hora. No primeiro encontro você preencherá um questionário com perguntas pessoais, sobre a sua idade, nível de escolaridade, suporte social e nível socioeconômico. Em seguida será feita uma entrevista com 5 perguntas sobre levantamento de algumas informações sobre sua história pessoal e de saúde relacionadas a dor crônica. Em seguida você deverá preencher um questionário (IAD) com 28 itens sobre suas atitudes frente à dor crônica. Após isto, será aplicado um teste que se chama HTP, em que será pedido que você faça um desenho de uma casa, de uma árvore e de uma pessoa, utilizando um lápis e algumas folhas de papel. Na sequência serão apresentados a você 3 cartões com imagens e será pedido que você conte histórias a partir do que vê nos cartões. Se você tiver entre 18 e 59 anos serão apresentados cartões de uma técnica que se chama TAT. Se você tiver mais de 60 anos as instruções são as mesmas, porém, os cartões apresentados serão de uma técnica que se chama SAT. As histórias que você contar serão gravadas.

No segundo encontro, será realizada uma técnica que se chama Questionário Desiderativo. Serão feitas algumas perguntas em torno de um tema, e questionado a hipótese de que “se você não fosse uma pessoa, o que você gostaria de ser”. Além disso, também será perguntado as razões, os porquês, da sua resposta. Após isto, será feita a mesma pergunta, mas de modo negativo: “se você não pudesse ser uma pessoa o que menos gostaria de ser” e o porque. Em seguida será aplicado um questionário com 15 questões sobre sintomas de depressão, com respostas que você deve indicar sim/não. Por fim, será aplicado um questionário (DSQ-40) com 40 questões de múltipla escolha que tem como objetivo avaliar como as pessoas lidam com conflitos. Após a realização de todos estes procedimentos, será marcado um novo encontro com o objetivo de falarmos sobre os resultados da sua avaliação. Nessa ocasião, caso você queira e achar necessário, poderão ser feitas orientações e encaminhamentos visando o seu tratamento psicológico.

- 1. Participação voluntária e sem compromisso financeiro:** como sua participação é voluntária, participar da pesquisa não implicará em remuneração, nenhuma compensação financeira por despesas realizadas (por exemplo: gastos com locomoção) nem em qualquer ganho material como brindes aos participantes, ou seja, esta pesquisa não implica nenhum compromisso financeiro entre você e a Universidade de São Paulo.
- 2. Riscos ao participante:** o risco envolvido é mínimo. Você poderá cansar-se mentalmente ao participar do estudo, respondendo aos instrumentos para coleta de dados, ou sentir algum desconforto emocional durante a realização das perguntas, provocado pela recordação de alguma vivência pessoal ou mesmo se sentir constrangido frente a ideia de desenhar. Caso isso aconteça podemos interromper a pesquisa a qualquer momento e você será orientado sobre os cuidados necessários, podendo ser encaminhado ao serviço de atendimento na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).
- 3. Benefícios ao participante:** Ao contribuir com a pesquisa, você terá um espaço de reflexão dedicado para compartilhar suas vivências e planos futuros. Ainda, com sua participação, ajudará a contribuir para que novos estudos científicos sejam produzidos.
- 4. Liberdade de recusa e de desistência:** você poderá negar o consentimento ou mesmo retirar-se em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal por causa disso.

**Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo você terá acesso às pesquisadoras responsáveis, a qualquer momento que julgar necessário por telefone ou e-mail. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá contatar a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa no Telefone: (11) 3091-4182, ou por e-mail: [comite.etica.ipusp@gmail.com](mailto:comite.etica.ipusp@gmail.com). Pessoalmente, de segunda a sexta-feira das 9h às 12h e das 14h às 16h. End.: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721-Bloco G, 2º andar, sala 27-CEP 05508-030-Cidade Universitária-São Paulo/SP.

- 5. Garantia do sigilo:** os dados coletados serão organizados e armazenados pelas pesquisadoras durante cinco anos. Após esse tempo os mesmos serão incinerados. Os resultados provenientes da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos e poderão ser apresentados em eventos, sendo que sua identidade não será revelada. Caso queira participar da pesquisa, basta preencher abaixo com seus dados e assinar.

6. O presente documento deverá ser assinado em duas vias que são iguais, sendo que uma ficará em poder dos pesquisadores e outra com você. É necessário rubricar todas as páginas.

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu,....., RG n°  
..... CPF n° .....

declaro ter sido informado sobre os procedimentos e propostas da pesquisa “Dor Crônica: Sofrimento psíquico e repercussões emocionais em adultos e idosos”. E que minha assinatura neste documento e minha participação são de livre e espontânea vontade, estando ciente que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e utilizados em estudo e publicações futuras. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura Participante**

---

**Dra. Leila S. L. P. C. Tardivo - [tardivo@usp.br](mailto:tardivo@usp.br)**

---

**Sueli dos Santos Vitorino – [suelidosantos@hotmail.com](mailto:suelidosantos@hotmail.com)**

## APÊNDICE 02 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Primeira pergunta:** Conte como foi o histórico da sua dor. Quando foi o início? Qual o diagnóstico recebido? Como lidou com ele?

**Segunda Pergunta.** Conte como é o tratamento que você faz hoje relacionado ao diagnóstico. Com quais profissionais se trata? Como é o tratamento que realiza?

**Terceira Pergunta.** Tem alguém na sua família que tem dor crônica? Recebe apoio de sua família/amigos/trabalho/comunidade, devido a dor que sente?

**Quarta Pergunta.** Você vê relação entre acontecimentos da sua vida e a dor que sente? Qual? Você vê relação entre seus sentimentos/emoções e a dor que sente? Qual?

### APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para a análise da pesquisa sobre **Dor Crônica** será necessário conhecer os dados abaixo relacionados. Reafirmaremos nosso compromisso de manter sigilo absoluto sobre as informações fornecidas, pois será utilizada somente para complementar a análise da pesquisa.

1. **Data de nascimento do pesquisado** (a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, idade: \_\_\_\_\_ (anos).

**2. Escolaridade:**

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização em: \_\_\_\_\_

**3. Estado Civil:**

- Solteiro (a)     Casado (a)
- Separado (a)    Viúvo (a)
- Outro \_\_\_\_\_

**4. Rendimento Familiar Mensal**

- Menos de 1 salário mínimo
- De 1 a 2 salários mínimos
- Acima de 2 salários mínimos

**5. Fonte de Renda (se for o caso, assinale mais de uma opção).**

- Trabalho
- Reforma por invalidez
- Subsídio por doença (baixa médica)

- Reforma por idade (aposentadoria)
- Reforma por tempo de trabalho (aposentadoria)
- Subsídio de desemprego
- Transferência financeira dos familiares
- Pensão por viuvez
- Outro

**6. Quem é o principal responsável financeiro em sua residência**

- Somente eu
- Há uma divisão das despesas
- Filho (s)
- Neto (s)
- Outros

**07. Grupo Familiar**

- Mora só
  - Mora com mais pessoas
- Informe quantas pessoas moram com você, **sem se incluir** \_\_\_\_\_.

08. Qual sua atividade profissional e sua formação? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 04 – HISTÓRIAS CONTADAS - TAT E SAT

### ROSALVA - TAT

**História frente à prancha 1RH.** O menino e o violino.

Não houve latência. Tempo total 1 minuto

Era uma vez, um menino que eu acho que tinha uns sete anos de idade, estava pensando em desenhar alguma coisa, ele estava com o pensamento no que ia desenhar. Aí ele desenhou uma rosa, só que ele achou um pouquinho feia essa rosa e ficou pensando: eu acho que hoje não vou fazer algo. Não chegou a desenhar outra coisa e parou por ali mesmo. Fim!

**História frente à prancha 3RH.** Reclinado no divã.

Não houve latência. Tempo Total 1 minuto e 20 segundos

Parece comigo! Era uma vez um menino que estava sentado, pensando na vida que era tão difícil e por algum motivo ele estava ali. Pensando se poderia melhorar, se tinha alguma solução para ele sair daquele problema. Depois de tanto pensar ele levantou e saiu. Ele conseguiu pensar e levantar, igual a mim todo o dia.

**História frente à prancha 13HF.** Mulher sobre a cama e o jovem de pé.

Não houve latência. Tempo total 1 minuto e 25 segundos

Olhando para esse casal, ele levantou para ir trabalhar e ele queria ficar na cama com a mulher dele porque é melhor ficar na cama do que ir trabalhar. Ai, como ela ficou dormindo ele ficou pensando: será que eu vou trabalhar ou não? Aí, ele se levantou, tomou banho, se arrumou, tomou café e foi trabalhar, sem vontade. Igual eu vejo meu namorado, ele fala: ai que inveja, eu queria ficar, dizendo que queria ficar deitado ali comigo.

### CLARICE - TAT

**História frente à prancha 1RH.** O menino e o violino.

Latência 15 segundos. Tempo total 1 minuto e 41 segundos

“Eu cheguei em casa, tipo, que saco! Já fui pra escola, já estudei, ainda tenho que chegar em casa e fazer lição! Essa professora não tem o que fazer, não?” ele vai fazer a lição obrigado, porque alguém mandou “eu só vou fazer porque se não alguma coisa eu perco depois”. Ele só fez a lição de casa porque ele foi obrigado, coitadinho. E vai fazer amanhã de novo, porque lição de casa é obrigação.

**História frente à prancha 3RH.** Reclinado no divã.

Não houve latência. Tempo Total 1 minuto e 8 segundos

Essa pessoa está bem triste. Desistindo de tudo... parece alguém que passou por uma situação muito delicada e a impressão que eu tenho é de que ela desistiu... desistiu de tudo, desistiu da vida, desistiu de tentar, pelo menos. Uma expressão de que “eu não aguento mais, to no meu limite. Cheguei aonde, daqui eu não saio”. Muito triste de ver a mulher assim. Olha, isso aqui me parece uma arma. Se eu fosse colocar na história, é como se ela fosse dar cabo da

própria vida, me remete ao fim da própria vida. Me parece, me lembra alguém que vai buscar uma última alternativa. Alguém que desistiu literalmente.

**História frente à prancha 13HF.** Mulher sobre a cama e o jovem de pé.

Não houve latência. Tempo total 1 minuto e 31 segundos

Eu penso em alguém que tenha chego, feito algo que não deveria, talvez, acabado com uma pessoa, levado uma pessoa à morte, num ato de insanidade, de desespero, sei lá se seria isso. Mas de certa forma, além de um desespero, um arrependimento, de vergonha de saber que o seu ato foi errado. Mesmo depois de já tendo feito. Essa pessoa já está, me parece desfalecida já, mas ao mesmo tempo a pessoa que causou teria um fio de sanidade e o sentido de saber que o que foi feito foi errado e que vai haver uma consequência, óbvio. dá ele vê que com uma consequência, que tem dois fins: assumir com sua consequência, arcar com sua consequência na vida social ou acabar com a própria vida como parece ter acabado com a outra. Ele tem duas opções. Isso aqui é bem típico de cena de crime, sabia?

**TEREZA - SAT**

**História frente à prancha 6.** “Telefone”.

Latência 15 segundos. Tempo total 1 minuto e 23 segundos

Na minha historinha ela está preocupada, porque ela está olhando para o telefone e uma pessoa ficou de ligar e até então não ligou, e ela fica olhando para o telefone pensando: esse telefone não toca e aí é uma preocupação. A cara de preocupada dela. O telefone tocou, ela ficou feliz porque era um telefonema de uma pessoa querida. Ela gostou que o telefone tocasse.

**História frente à prancha 10.** “No quarto”.

Latência 15 segundos. Tempo Total 1 minuto e 17 segundos

É um homem que está passando por uma dificuldade, porque ele está doente, então tem o medicamento, tem o livro, que no caso ele poderia estar se distraindo para ler, e um despertador que é para tocar, para ele não esquecer de tomar o medicamento. Então ele está com a mão no rosto pensando: poxa vida, daqui a pouco é hora de eu tomar o meu remédio. Ah, o despertador tocou e ele pegou seu remedinho pôs no copo e tomou.

**História frente à prancha 14.** “No banheiro”.

Latência 10 segundos. Tempo total 1 minuto e 10 segundos

É um homem, está no banheiro. Ele levantou, escovou os dentes, e todo dia ele faz a mesma coisa, levanta, escova os dentes e pega um frasco do remédio que ele não pode esquecer nunca de tomar. Aí ele vai colocar um pouco de água no copo e depois em seguida tomar o medicamento. Então essa é rotina dele do dia a dia.

**JOSEFA - SAT**

**História do Cartão 6.** “Telefone”.

Latência 1 minuto e 20 segundos. Tempo total 1 minuto e 41 segundos

Esta é uma senhora. Eu estou notando que ela está contente, por causa da expressão do sorriso dela. Notando que está alegre. Então, ela está olhando para o telefone, não sei se ela está telefonando também, porque ela está com a mão assim né? Ela está olhando para o telefone porque ela acha interessante, né? Ela acha interessante o telefone, porque as vezes a gente está tão longe de uma pessoa, pega o telefone e telefone e daí a pouco está falando com aquela pessoa como se estivesse próximo. Aí a pessoa começa a conversar com a gente e a gente pensa: ela está tão longe e eu estou sabendo o que está acontecendo com ela. Eu creio que ela está contente pela ligação que ela está recebendo. Está recebendo uma notícia boa!

**História do Cartão 10.** “No quarto”.

Não houve latência. Tempo Total 1 minuto e 11 segundos

Eu acho que ele não está alegre não. Ele está um pouco abatido, está triste e um pouco abatido, pensativo. Então, olhando a gente percebe que ele está meio pensativo. É por causa da enfermidade, quando a gente tem uma enfermidade e vem um remédio a gente até se anima, porque com aquele remédio a gente vai melhorar daquela dor que a gente tem. Então ele está um pouco abatido por causa da enfermidade. Vai depender também do médico, se o médico deu também o remédio certo para a enfermidade que ele está, que ele contou para o médico. Se o remédio não servir ele vai ficar abatidinho, tem vezes que a gente toma o remédio e não resolve.

**História do Cartão 14.** “No banheiro”.

Não houve latência. Tempo total 1 minuto e 30 segundos

Será que ela está na casa dela? Parece que ela está na casa dela, mas ela está contente também, pela expressão dela a gente nota eu ela está contente, mostrando um negócio para alguma pessoa, a gente não está vendo, mas ela está mostrando e falando o que está acontecendo com esse problema que ela está mostrando. Isso que ela está mostrando é algum remédio e ela está contando para essa pessoa que ela está se sentindo bem. Ela está tomando esse medicamento e está contando a história do medicamento, se está fazendo bem ou se não está resolvendo. Olhando para ela, eu acho que está fazendo bem porque ela está mostrando contente, como quem está dizendo: está me servindo.

**MARIA - SAT**

**História do Cartão 6.** “Telefone”.

Latência 1 minuto e 20 segundos. Tempo total 1 minuto e 41 segundos

Nossa! As mães são um presente do céu. Em qualquer ocasião elas estão sempre preocupadas tanto com os filhos, esperando uma notícia boa, né? Infelizmente tem mulheres que, elas não são culpadas, não foram preparadas para ser mãe, não foram orientadas e o mundo oferece, muitos assim, como diria, enganos para as mulheres, não é? Então, mas Deus atrás de tudo isso para dar dignidade para as mulheres, ara que elas sejam boas mães, tanto adotivas, como né? Porque apesar de todo o mal que há no mundo, há a bondade de Deus. A mãe preocupada, esperando a notícia do filho.

**História do Cartão 10.** “No quarto”.

Não houve latência. Tempo Total 1 minuto e 11 segundos

Acho que a vida é uma dádiva que Deus dá para a gente e a gente tem que aproveitar, agora tem um fim, né? Porque nós estamos em uma passagem, então vem o tempo da velhice, da doença, então Deus que dê a graça para essas pessoas, né? Verificarem tudo que fizeram na vida, se arrepender do que foi feito de mal, procurar né? Procurar a graça de Deus e falar: se eu pudesse voltar, eu faria outras coisas, quem sabe dar conselhos aos mais jovens, né? Que apareço perto de deles e dedicar esse sofrimento, essa passagem para realmente limpar a alma dele para se apresentar a Deus.

**História do Cartão 14.** “No banheiro”.

Não houve latência. Tempo total 1 minuto e 30 segundos

Eu estou em dúvida... ah, é um senhor! Um senhor lá no banheiro em frente ao espelho, tem uns objetos assim, de higiene e até de beleza. Eu fico muito contente porque atualmente os homens estão se preocupando com a aparência, né? Com a beleza e consequentemente com a saúde, então é muito bom isso que está acontecendo. Eu vejo esse senhor, não é tão mocinho, mas ele continua, porque a vida continua e tem o seu valor!

**ANA - SAT**

Latência 58 segundos - Tempo Total 1 minuto e 27 segundos

**Figura 6- Telefone**

Dona Odete aguarda no dia do seu aniversário um telefonema, principalmente do filho que está longe, pois ele está em outro país e prometeu que iria ligar, principalmente no dia do seu aniversário, pois o telefone é fixo e teria que ter a presença dela por perto. Ela está muito ansiosa e nessa hora voltou o seu olhar para o telefone, porque no visor está realmente o número que seu filho tem lá do exterior e provavelmente é o telefonema dele. Ela está então pensando, quais as novidades que ele iria passar, pois está num lugar perigoso, e esse lugar perigoso, na época do seu aniversário que o rapaz está ligando, tem sofrido muitos problemas, mas com as suas orações ela acredita que: Como ele está ligando, ele está bem.

**Figura 10- No quarto**

Latência 26 segundos Tempo Total 1 minuto e 12 segundos

O senhor José se encontra em uma casa de acolhimento de idosos e ele está doente. Está observando o relógio que vai marcar o horário que precisa tomar aquele remédio. Do lado do copo do remédio tem um local de anotação que a enfermeira sempre anota o horário em que ele tomou para que ele fique melhor. Inclusive, ele sente o vento da porta que sempre está aberta, mas parece que está na hora de tomar o remédio. Inclusive ele estava dormindo, até os seus olhos se abrirem, está de olho nos ponteiros do relógio. Vai chegar a hora de tomar o remédio.

**Figura 14- No banheiro**

Latência 26 segundos Tempo Total 1 minuto e 33 segundos

Senhor João está no banheiro de sua casa, está se preparando para o banho e se apoia para pegar um vidro que talvez seja para completar a sua higiene. Talvez tenha já se banhado, pois está de roupão, trata-se de um perfume, seus cabelos estão penteados e ele pretende sair logo após o banho, para encontrar uma pessoa importante, por isso vai se perfumar.

## **PAULO - SAT**

### **História do Cartão 6. “Telefone”.**

Latência 12 segundos. Tempo total 57 segundos

Minha mãe que está preocupada com meu irmão que nunca chega em casa, que demora voltar mesmo e ele não liga. É complicado para agente aceitar e tentar acalmá-la e fim, é isso.

### **História do Cartão 10. “No quarto”.**

Latência 7 segundos. Tempo Total 1 minuto e 13 segundos

Um vizinho idoso, sempre forte e vívido faz suas tarefas diariamente e não deixando nunca de fazer as suas atividades diárias, mas enfim, um certo dia ele passou mal, foi ao hospital e descobriu que tinha uma doença grave. Não contaram no início para ele, só internaram, foi poupado, mas enfim, tiveram que contar para ele, com isso, ele entrou em uma depressão profunda e perdeu o ânimo de viver. Infelizmente, apesar da doença dele ele tentou criar ânimo duas vezes, mas não conseguiu. Infelizmente, aos poucos ele está se definhando e fatalmente ela doença que ele tinha ele ia morrer, não sabia quando, mas ele tinha certeza que ele ia morrer.

### **História do Cartão 14. “No banheiro”.**

Latência 8 segundos. Tempo total 1 minuto e 18 segundos

É uma senhora, ne? Esta é uma senhora que quando eu fiz fisioterapia ela estava lá, estava junto. Só que ela tinha um problema de mobilidade, pela idade também com artrose ela não conseguia fazer as coisas corretamente, mas assim mesmo ela tentava fazer. Ia sozinha tomar o banho, fazer toda higiene que ela sempre gostou de fazer, com dificuldade, mas mesmo assim fazia, tomava todos os remédios necessários para ela. Ela utilizava a banheira para se relaxar por conta da artrose e o resto das atividades normais que ela fazia, inclusive do asseio dela. Enfim, ela continuou vivendo tranquila mesmo com essa doença, mas sempre perseverante para poder terminar a vida tranquila.

**APÊNDICE 05 – QUADRO\_CRONOGRAMA DOS ENCONTROS EM GRUPO**

<b><u>Cronograma projetivo dos Encontros em Grupo</u></b>		
<i><u>Encontro n°</u></i>	<i><u>Atividade</u></i>	
1	Entrevista pré-intervenção	
2	Sessão 1	Delimitação de tema - Apresentação do grupo
3	Sessão 2	Desenvolvimento por tema
4	Sessão 3	
5	Sessão 4	
6	Sessão 5	
7	Sessão 6	
8	Sessão 7	
9	Sessão 8	
10	Sessão 9	
11	Sessão 10	Desligamento do grupo
12	Devolutiva pós-intervenção	

# ANEXOS

**ANEXO A – DESCRIÇÃO DAS GRAVURAS APRESENTADAS NO TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA PARA ADULTOS (TAT) (Murray, 2005) E PARA IDOSOS (SAT) (Bellak, 1949/1992).**

**TAT (Murray, 2005).**

**PRANCHA 1RH:** Prancha composta pela figura de um menino frente a um violino, tem como tema, entre outros, as atitudes frente ao dever, autoridade e ideal de ego.

**PRANCHA 3RH:** A prancha retrata uma pessoa (sexo indefinido) reclinada no divã e evoca temas relacionados a depressão, abandono, tristeza, desespero e frustrações. Com forte carga dramática.

**PRANCHA 13HF:** A prancha é composta pelo desenho de uma mulher sobre a cama e um jovem de pé, por sua vez, tem como temas mais recorrentes histórias relacionadas a sentimentos de culpa, relacionamentos e conflitos no amor e quanto a sexualidade.

**SAT (Bellak, 1949/1992).**

**PRANCHA SEIS:** Denominada ‘telefone’, a figura retrata uma mulher idosa ao lado de um telefone, apresentando uma postura física ambígua. Nos estudos brasileiros a figura pode evocar histórias relacionadas com a espera de um telefonema ou recebendo um ligação que gera ansiedade e/ou trás más notícias. Temas relacionados à ansiedade, situações e sentimentos de cunho negativo.

**PRANCHA DEZ:** A figura nomeada “No quarto”, mostra um homem idoso deitado em uma cama, num quarto, com medicações numa mesa de cabeceira ao lado da cama. O estímulo é considerado útil para investigação dos recursos do sujeito e estratégias de enfrentamento diante de situações extremas de impotência, solidão, doença e morte.

**PRANCHA CATORZE:** A figura denominada “No banheiro”, retrata uma pessoa frente a um armário de banheiro, pegando algo no alto de um armário. Evoca temas como autonomia e dependência para cuidar de si, cuidados pessoais e necessidade de tomar remédios frente ao adoecimento

## ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)\*

Nome: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Agora vou ler algumas frases sobre sentimentos e comportamentos e o Sr (a) me dirá se *durante a semana passada* se sentiu assim.

- |  |           |            |
|--|-----------|------------|
| 1. Satisfeito(a) com a vida?                                   | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades?                      | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 3. Acha sua vida vazia?  | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 4. Aborrece-se com freqüência?                                 | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?         | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça?                            | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?                     | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 8. Sente-se desamparado (a) com freqüência?                    | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?          | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?                | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 12. Vale a pena viver como vive agora?                         | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia?                              | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 14. Acha que sua situação tem solução?                         | 0.Sim ( ) | 1. Não ( ) |
| 15. Acha que tem muita gente em situação melhor?               | 1.Sim ( ) | 0. Não ( ) |

Total : \_\_\_\_\_

---

\*Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986;5:165-173.

## ANEXO C- INVENTÁRIO DE ATITUDES FRENTE À DOR (IAD breve-30)

Quadro 1 - Inventário de Atitudes Frente à Dor com 30 itens ( IAD-breve-30) - São Paulo - 2008

	Totalmente falso	Quase falso	Nem Verdadeiro Nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
1. Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
2. Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor.	0	1	2	3	4
3. Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4. Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5. O maior alívio da dor que eu tive foi com o uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6. A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7. Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8. Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9. É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10. O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
11. Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
12. Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
13. Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14. A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15. A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16. Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17. Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18. Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19. Alguma coisa está errada com meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4
20. Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
21. Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22. Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23. A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24. A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25. Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26. Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27. Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
28. O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
29. Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30. A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4