

Artigos originais baseados em dados empíricos

Vivências de dor em pacientes com dor lombar crônica: Um estudo qualitativo

Nathália Augusta de Almeida¹, Avelino Luiz Rodrigues^{1,2}, Barbara Subtil de Paula Magalhães¹, Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues², Luciano Miler Reis Rodrigues³

¹ Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica – Laboratório Sujeito e Corpo – SuCor, São Paulo, SP, Brasil

² Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, São Paulo, SP, Brasil

³ Faculdade de Medicina do ABC, Grupo de Patologias da Coluna Vertebral, Santo André, SP, Brasil

Submissão: 18 ago. 2023.

Aceite: 3 abr. 2025.

Editor de seção: Julia Garcia Durand.

Nota dos autores

Nathália Augusta de Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-8794-4586>

Avelino Luiz Rodrigues  <https://orcid.org/0000-0002-7989-5980>

Barbara Subtil de Paula Magalhães  <https://orcid.org/0000-0003-0640-7891>

Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues  <https://orcid.org/0000-0002-9508-5558>

Luciano Miler Reis Rodrigues  <https://orcid.org/0000-0001-6891-5395>

Correspondências referentes a este artigo devem ser enviadas a Nathália Augusta de Almeida, Av. Portugal, 1285 – 2º andar – Centro – Santo André, SP, Brasil – CEP: 09040-011. Email: nathalia.adealmeida@gmail.com

Conflito de interesses: Não há.

Resumo

A dor e sua cronicidade são determinadas pela interação entre doenças orgânicas e o sofrimento psíquico do indivíduo. Trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial em alguma região específica do corpo. O objetivo desta pesquisa foi compreender a experiência subjetiva de desamparo e a percepção de dor em pacientes com dor lombar crônica. Realizou-se um estudo clínico qualitativo em um Ambulatório de Coluna de um Serviço Hospitalar de alta complexidade, contando com a participação de dez voluntários do sexo masculino, diagnosticados com hérnia de disco e em processo crônico de dor lombar. Foram conduzidos anamnese, entrevista clínica semiestruturada, aplicação da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) e uma versão reduzida do Teste de Apercepção Temática (TAT). A percepção de dor intensa, expressa tanto na entrevista quanto na EVA, pôde ser relacionada a experiências que remetem ao desamparo, como insucesso nos tratamentos medicamentoso e cirúrgico, afastamento da rotina e diminuição da qualidade de vida. No TAT, identificaram-se narrativas de desamparo nas histórias de vida dos participantes, evidenciando uma relação de insucesso com o tratamento e a evolução da doença. Os achados reforçam a necessidade de uma abordagem integral à saúde, considerando os aspectos subjetivos no processo de adoecimento. Além disso, destaca-se a importância da presença do psicólogo em equipes interdisciplinares de serviços de saúde e a realização de atividades de intervenção psicológica voltadas ao paciente e seus familiares, com foco nos aspectos emocionais e psicossociais da dor.

Palavras-chave: dor crônica, desamparo, psicanálise, medicina psicossomática, teste de apercepção temática

PAIN EXPERIENCES IN PATIENTS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN: A QUALITATIVE STUDY

Abstract

Pain and its chronicity are determined by a combination of organic diseases and the psychological suffering of the individual. It is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential damage to a specific region of the body. The objective of this research was to explore the subjective experience of helplessness and pain perception in patients with chronic low back pain. A qualitative clinical study was conducted at a Spine Outpatient Clinic within a highly complex Hospital Service. The study included 10 male volunteer participants diagnosed with herniated discs and experiencing chronic low back pain. Data collection involved anamnesis, semi-structured clinical interviews, administration of the Visual Analogue Scale for Pain (VAS), and a reduced version of the Thematic Apperception Test (TAT). The perception of intense pain, as expressed during the interviews and through the VAS, was found to be related to experiences evoking feelings of helplessness, such as failed medication and surgical treatments, withdrawal from daily routines, and a decline in quality of life. In the TAT, narratives of helplessness were identified in participants' life stories, particularly in their accounts of treatment failures and disease progression. The findings underscore the importance of comprehensive health care that addresses the subjective aspects of the illness process. Furthermore, they highlight the need for psychologists to be integrated into interdisciplinary health care teams, providing psychological interventions for patients and their families with a focus on the emotional and psychosocial dimensions of pain.

Keywords: chronic pain, helplessness, psychoanalysis, psychosomatic medicine, thematic apperception test

EXPERIENCIAS DE DOLOR EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Resumen

El dolor y su cronicidad están determinados por la interacción entre enfermedades orgánicas y el sufrimiento psíquico del individuo. Se trata de una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en alguna región específica del cuerpo. Este estudio buscó comprender la experiencia subjetiva de desamparo y la percepción del dolor en pacientes con dolor lumbar crónico. Se realizó un estudio cualitativo en un Ambulatorio de Columna de un hospital de alta complejidad, con 10 participantes masculinos diagnosticados con hernia discal. Se emplearon entrevistas semiestructuradas, la Escala

Visual Analógica de Dolor (EVA) y una versión reducida del Test de Apercepción Temática (TAT). La percepción de dolor intenso, expresada tanto en las entrevistas como en la EVA, se relacionó con experiencias que evocan sentimientos de desamparo, como el fracaso de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, la separación de la rutina diaria y la disminución de la calidad de vida. En el TAT, se identificaron narrativas de desamparo en las historias de vida de los participantes, particularmente en relación con el fracaso en el tratamiento y la evolución de la enfermedad. Los hallazgos refuerzan la necesidad de una atención integral a la salud que considere los aspectos subjetivos del proceso de enfermedad. Asimismo, subrayan la importancia de la incorporación del psicólogo en equipos interdisciplinarios de servicios de salud, desarrollando actividades de intervención psicológica dirigidas a los pacientes y sus familias, con un enfoque en los aspectos emocionales y psicosociales del dolor.

Palabras-clave: dolor crónico, desamparo, psicoanálisis, medicina psicosomática, test de apercepción temática

A primeira definição de dor revisada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (Iasp), datada de 1979, descreveu-a como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Iasp, 1979, p. 250). Essa definição foi amplamente aceita por pesquisadores da área e por profissionais de saúde, sendo adotada por organizações governamentais e não governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e diversas entidades profissionais (DeSantana et al., 2020).

Ao longo dos anos, importantes mudanças ocorreram na compreensão, definição e classificação da dor, possibilitando um olhar mais abrangente e menos dicotômico (DeSantana et al., 2020). Em 2016, Williams e Craig propuseram uma nova definição para o fenômeno, caracterizando a dor como “uma experiência angustiante associada a uma lesão tecidual real ou potencial”, incorporando seus componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais. Posteriormente, em 2019, a dor crônica foi incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID), marcando avanço significativo no que diz respeito à sua classificação e questões conceituais (Treede et al., 2015; DeSantana et al., 2020).

Entretanto, pesquisadores e profissionais da área argumentaram que os avanços obtidos ao longo dos anos no entendimento da dor possibilitavam uma revisão da definição mais recente até então (Williams & Craig, 2016; Cohen et al., 2018)

No início de 2020, após uma força-tarefa multinacional composta por profissionais da saúde e liderada pela International Association for the Study of Pain (Iasp), uma nova definição revisada de dor foi recomendada (DeSantana et al., 2020), sendo ela “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020, p. 2). Essa definição foi acompanhada por seis notas explicativas, que enfatizam os seguintes aspectos: (1) a dor é uma experiência subjetiva influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais; (2) dor e nocicepção são diferentes fenômenos, não se podendo reduzir a experiência da dor somente à atividade das vias sensoriais; (3) o conceito de dor é aprendido por meio das experiências de vida; (4) a narrativa da pessoa sobre sua experiência de dor deve ser respeitada; (5) embora a dor tenha um papel adaptativo, podem ocorrer impactos negativos nas funções e no bem-estar psicológico e social; (6) a descrição verbal é apenas uma das formas possíveis de expressão da dor, e a impossibilidade de comunicação verbal não anula a possibilidade de um ser humano ou animal senti-la.

Além das notas explicativas, foram apresentadas definições etimológicas da palavra “dor”. De acordo com DeSantana et al. (2020) e Raja et al. (2020), sua origem remonta ao inglês médio *pain*, ao anglo-francês *peine* (que significa “sofrimento” ou “dor”), ao latim *poena* (que significa “punição” ou “pena”) e ao grego *poinë* (que significa “recompensa”, “pena” ou “pagamento”).

Do ponto de vista temporal, a dor pode ser classificada como aguda ou crônica, sendo essa distinção de grande relevância, já que cada tipo apresenta características e repercussões específicas no indivíduo. A dor aguda tem início súbito e duração limitada, geralmente até três meses (Williams & Craig, 2016; Lee & Neumeister, 2020). Seu tempo de duração e suas manifestações são bem definidos, estando frequentemente associada a causas identificáveis, como

lesões ou processos inflamatórios. Por outro lado, a dor crônica é caracterizada por sua persistência além de um período limitado. Ela afeta o indivíduo de forma global, impactando suas relações interpessoais, seu cotidiano e seu bem-estar físico e emocional. Entre as consequências mais comuns, estão limitações nas atividades diárias, alterações no padrão de sono, redução dos níveis de energia e aumento da irritabilidade (Tang et al., 2020; Darlow et al., 2015).

A dor e sua cronicidade são influenciadas tanto por condições orgânicas quanto pelo sofrimento psíquico do indivíduo. As repercussões psicológicas desempenham papel fundamental no processo de cronificação da dor, sendo determinantes fatores como catastrofização, crenças de autoeficácia, depressão, sofrimento emocional e expectativas em relação aos resultados (Darlow et al., 2015). Esses fatores psicológicos estão intimamente associados ao desenvolvimento e à manutenção da dor crônica. O caráter crônico da dor envolve um complexo processo psicológico que compromete aspectos afetivos, cognitivos, interpretativos e motivacionais. Além disso, esse processo não afeta apenas o indivíduo, mas também as pessoas a seu redor, como familiares, amigos, acompanhantes e a equipe de saúde que o assiste (Angelotti & Sardá, 2005).

Cuidar dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais de pacientes com dor lombar contribui para uma assistência integrada sob a perspectiva biopsicossocial (Santos-Silva et al., 2019). Como a dor é uma experiência subjetiva e particular, é essencial ouvir a pessoa que a experimenta para compreendê-la em sua totalidade e entender suas reações diante da dor e do tratamento proposto (Engel, 1959; Loeser, 2009). Essa perspectiva evidencia a importância da atuação de psicólogos em equipes interdisciplinares de saúde. Nessas equipes, os profissionais avaliam e planejam intervenções de forma coordenada, complementar, inter-relacionada e interdependente, mantendo seu domínio técnico específico e identidade profissional, mas ampliando seu referencial teórico-prático (Santos-Silva et al., 2019), distanciando-se assim do olhar fragmentado do modelo biomédico.

A maneira como o indivíduo lida com a própria dor está intimamente relacionada à forma como ele lida com sua história de vida (Paula, 2015; Almeida, 2018). O acometimento físico reflete conteúdos psíquicos únicos, que estão intrinsecamente associados à sua experiência, evidenciando-se que a sintomatologia física está vinculada a uma série de características do campo psicossocial, como a percepção da dor e as consequências que ela provoca na vida do indivíduo, entre outros fatores (Paula, 2015).

Uma importante contribuição de Engel (1959) foi a conceituação do funcionamento psíquico da dor crônica e dos mecanismos relacionados à dor. Ele considerou a dor como uma experiência subjetiva que apresenta semelhanças com o afeto, pois, uma vez representada psiquicamente, não necessita de estímulo periférico para ser novamente sentida. Além disso, a dor pode assumir um caráter de prazer ou desprazer, dependendo da relação que o indivíduo estabelece com ela, bem como dos benefícios ou prejuízos que dela decorrem. Para compreender o paciente com dor e planejar formas de intervenção, é fundamental entender o desenvolvimento e a função do seu psiquismo.

É comum que profissionais da saúde não estejam preparados para lidar com a subjetividade do paciente, o que os leva a enxergar a doença em vez do indivíduo que está doente e que sofre não apenas fisicamente, mas também emocional e socialmente. Essa situação evidencia não apenas a necessidade de um melhor preparo dos profissionais da saúde, mas também a importância de uma abordagem interdisciplinar no tratamento, na qual a psicologia desempenha papel fundamental (Angelotti & Sardá, 2005).

Em uma revisão integrativa da literatura (Paluto et al., 2024), constou-se a importância do papel do psicólogo na assistência ao paciente com dor crônica em diferentes abordagens teóricas, realizando atendimento individual, atendimento online, grupos psicoterapêuticos visando estimular trocas, programa online de controle e gestão da dor e assistência aos familiares, com o intuito de mobilizar recursos para enfrentamento e adaptação a esta condição de saúde, aceitação, e gerenciamento e manejo da dor. Considerou-se a importância da fala, das vivências e dos aspectos emocionais do paciente, além do diagnóstico e curso da doença, visando à melhor adesão ao tratamento.

A lombalgia, também conhecida como dor lombar, é uma condição de saúde altamente prevalente que causa sofrimento em pessoas em todo o mundo. Além disso, é responsável por mais anos vividos com deficiência do que qualquer outra condição de saúde (Meucci et al., 2015; Kamper et al., 2014).

Em uma revisão sistemática que teve como objetivo estimar a prevalência mundial de dor lombar crônica de acordo com idade e sexo, Meucci et al. (2015) observaram uma prevalência de 4,2% em indivíduos com idades entre 24 e 39 anos e de 19,6% naqueles com idades entre 20 e 59 anos. Entre nove estudos realizados com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, seis relataram prevalência de dor lombar crônica variando entre 3,9% e 10,2%, enquanto três apresentaram taxas mais elevadas, situadas entre 13,1% e 20,3%.

Em outra pesquisa que teve como objetivo estimar a prevalência de dor crônica no Brasil (Souza et al., 2017), além de descrever e comparar as diferenças entre os sexos e as características da dor, bem como identificar seu impacto na vida diária, identificou-se uma prevalência de 39% de dor crônica na população brasileira. A amostra apresentou a idade média de 41 anos, com maior prevalência de dor crônica nas Regiões Sul e Sudeste. Observou-se que, na população brasileira mais idosa, a prevalência de dor lombar crônica foi de 25,4%. Os resultados também indicaram que a prevalência de dor lombar crônica aumenta a partir da terceira década de vida até os 60 anos, sendo mais frequente em mulheres.

Com relação ao tipo de tratamento mais adequado para essa população, uma revisão sistemática realizada por Kamper et al. (2014) teve como objetivo avaliar os efeitos a longo prazo da reabilitação biopsicossocial e multidisciplinar em pacientes com dor lombar crônica. Os resultados concluíram que essa abordagem é a intervenção mais eficaz quando comparada aos cuidados conservadores e tratamentos físicos no combate à dor.

A palavra em alemão *Hilflosigkeit* (desamparo), utilizada por Sigmund Freud em seus escritos no início do século XX, refere-se a uma problemática que se manteve como uma

constante ao longo de sua obra. A condição de “ausência de ajuda”, ou desamparo, remete à tensão interna experimentada pelo bebê, sendo este estado um elemento estruturante e fundante do psiquismo. O desamparo assume uma posição central na constituição psíquica e faz parte das condições gerais do funcionamento psíquico de qualquer indivíduo. Refere-se à ausência de ajuda e proteção, evocando um estado de privação dos meios necessários para a sustentação da vida, marcado por esquecimento, solidão e pela impossibilidade de encontrar apoio, amparo ou suporte (Freud, 1911; Freud, 1920; Menezes, 2012).

Nesse sentido, a literatura psicanalítica compreende a experiência do nascimento e da primeira infância como fundamentais para o desenvolvimento psicológico do indivíduo. Essas vivências podem ser determinantes no processo de instauração da subjetividade, exercendo influência significativa sobre o psiquismo e estabelecendo relações profundas com as dinâmicas emocionais e comportamentais do sujeito (Prado, 2012).

Nas definições de Laplanche e Pontalis (1992), o termo desamparo pode ser traduzido como a “impotência do recém-nascido humano, incapaz de empreender uma ação coordenada e eficaz (*motorische Hilflosigkeit*)” – uma impotência motora que o impede de realizar ações capazes de satisfazer suas necessidades vitais. Além disso, “do ponto de vista econômico, tal situação leva ao aumento da tensão das necessidades, as quais o aparelho psíquico ainda não é capaz de dominar (*psychische Hilflosigkeit*)” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 112). Esse aumento da tensão, somado à incapacidade do aparelho psíquico de lidar com a vivência, resulta em desprazer. O desprazer, por sua vez, torna-se o traço comum entre a situação de perigo do nascimento e *a posteriori*, servindo, para o adulto, como modelo da situação traumática e geradora de angústia (Menezes, 2012).

O desamparo refere-se à incompletude, ao limite, à finitude e ao imprevisível, sendo essencial que o sujeito desenvolva possibilidades afetivas para lidar com essa condição, buscando formas de direcionar seu desamparo (Prado, 2012; Vieira & Vieira, 2005). Ao relacionar a experiência de dor com a teoria do desamparo, compreende-se que o acometimento pode ser vivenciado como imposição do ambiente e exposição ao mundo, levando o indivíduo a sentir-se mais inseguro, indefeso e desprovido de ferramentas para enfrentar a situação, forçando-o a renunciar à sua onipotência e o conectando ao estado inicial de impotência do ser humano ao nascer (Freud, 1920; Engel, 1967; Murray, 1995).

A perspectiva da Psicossomática, estrutural para esta pesquisa, surge como uma proposta metodológica que busca confluir saberes de diferentes áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Psicanálise e as Ciências Biomédicas. Seu objetivo é estudar as inter-relações entre aspectos fisiológicos e psicológicos das funções corporais normais e anormais, visando unir a psicoterapia à terapia somática (Psychosomatic Medicine, 1939). O interesse central dessa abordagem está em compreender a inter-relação entre mente e corpo, considerando o ser humano e o processo de adoecimento de forma integral. Partindo de diferentes áreas do saber, mas convergindo para um campo comum de compreensão humana, essa perspectiva se propõe a explorar o complexo fenômeno psicossomático dessa inter-relação.

A abordagem psicossomática está voltada para o modo como os fatores psicológicos e somáticos interagem antes, durante e após a experiência particular da doença. Considera-se, ainda, que muitas doenças representam uma forma de o organismo se adaptar às mudanças no ambiente interno e externo, e os fatores socioculturais, biológicos e psicológicos interagem entre si e exercem influência na etiopatogenia e no curso da doença (Engel, 1967; Rodrigues, 2022).

Rodrigues et al. (2019, p.2) definem a psicossomática como o “estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e transtornos de funções orgânicas ou corporais”. Os autores também a descrevem como um “exercício pretensamente interdisciplinar”, que busca superar fragmentações e transpor fronteiras disciplinares. Nessa perspectiva, a doença é compreendida como uma expressão do organismo, revelando não apenas como um indivíduo lida consigo mesmo, mas também como interage com seu meio, onde respostas físicas e psíquicas estão intrinsecamente relacionadas.

Partindo do modelo biopsicossocial (Rodrigues, 2022), proposto por Engel (1977) ao desenvolver seu pensamento sobre o complexo funcionamento do ser humano, esta pesquisa buscou explorar a experiência subjetiva de desamparo — entendida como a condição de “ausência de ajuda” — e relacioná-la à percepção de dor em pacientes com dor lombar crônica decorrente de hérnia de disco (Almeida, 2018). A principal hipótese investigada nesta pesquisa foi a de que pessoas em condição crônica de dor tendem a experimentar sentimentos de desamparo.

Método

Tratou-se de um estudo clínico de caráter qualitativo, realizado em um Ambulatório de Coluna de um Serviço Hospitalar de alta complexidade, localizado no Estado de São Paulo, Brasil. O objetivo geral da pesquisa foi compreender a experiência subjetiva de desamparo em indivíduos com dor crônica decorrente de hérnia de disco lombar e relacioná-la à percepção de dor (Almeida, 2018).

Participantes

A amostra foi composta por dez participantes voluntários, convidados a participar do estudo após consulta médica e confirmação do diagnóstico clínico principal de hérnia de disco lombar. Os critérios de inclusão foram estabelecidos com o objetivo de garantir uma amostra homogênea e incluíram os seguintes aspectos: 1) aceitar participar do estudo; 2) ser do sexo masculino; 3) ter idade entre 35 e 59 anos; 4) estar em processo crônico de dor; 5) possuir diagnóstico confirmado de hérnia de disco lombar; e 6) estar ciente de seu diagnóstico médico. Foram excluídos da amostra os pacientes que não atendiam aos critérios de inclusão ou que se recusaram a participar do estudo.

Materiais

Escala Visual Analógica de Dor (EVA)

A Escala Visual Analógica (EVA) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a intensidade da dor em indivíduos e constitui uma ferramenta importante para verificar, de forma mais precisa, a evolução e a eficácia do tratamento. A EVA consiste em uma faixa de 10 cm que apresenta uma escala numérica de 0 a 10, com a descrição “Leve” em uma extremidade e “Intensa” na outra. O próprio paciente é responsável por assinalar o número que melhor representa a intensidade de sua dor. Nesta pesquisa, a EVA foi utilizada com o objetivo de colaborar na compreensão da percepção da dor, permitindo investigar a possível inter-relação entre a experiência subjetiva de desamparo e a percepção de dor.

Teste de Apercepção Temática (TAT)

O Teste de Apercepção Temática (TAT) consiste na apresentação de pranchas contendo imagens ao participante, que é solicitado a criar uma história relacionada a cada uma delas. Murray (1995) desenvolveu-o com base no pressuposto de que, diante de uma mesma situação vital, cada indivíduo experimenta uma vivência única, e essa vivência orienta suas atitudes ao interagir com a realidade. Nesse sentido, os desenhos buscam evocar diferentes situações vitais para o indivíduo, permitindo que sua estrutura psicodinâmica seja revelada nas histórias narradas. Por meio da projeção de fantasias nas pranchas, há uma redução na vigilância do ego sobre o inconsciente, favorecendo a emergência de conflitos existentes nesse nível psíquico (Silva, 1984).

Nesta pesquisa, a aplicação reduzida do TAT teve como objetivo compreender componentes relevantes do funcionamento psicodinâmico e do mundo interno da população estudada, com foco na experiência subjetiva de desamparo. Das imagens do TAT, foram selecionadas as seguintes para auxiliar nessa compreensão, nesta sequência específica: 1, 3RH, 11, 16, 19 e 20.

Procedimentos

Em conformidade com as determinações éticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC (CEP-FMABC), sob o processo de número 1.786.233. Além disso, foram garantidos o sigilo absoluto sobre a identidade dos participantes e o respeito aos princípios da bioética: beneficência, não maleficência e justiça (Calvetti et al., 2008).

Tendo em vista as características metodológicas do presente estudo e com o objetivo de evitar possíveis vieses, adotaram-se procedimentos claros e padronizados para a coleta e análise dos dados. A pesquisadora recebeu treinamento específico e manteve postura imparcial durante todo o processo. O material coletado foi cuidadosamente analisado e avaliado antes de sua interpretação final. Os procedimentos foram organizados em quatro etapas, descritas a seguir:

Primeiro procedimento

A avaliação do diagnóstico clínico dos pacientes realizou-se por um médico ortopedista especialista em coluna vertebral, membro da equipe, no dia dedicado ao ambulatório de coluna. Nesse diagnóstico, considerou-se que os pacientes apresentavam como região afetada a coluna lombar, com confirmação do diagnóstico de hérnia de disco lombar e em processo crônico de dor.

Segundo procedimento

Após o médico avaliar em consulta que o paciente atendia aos critérios de inclusão desta pesquisa, ele era convidado a participar do estudo e orientado a conversar com a pesquisadora responsável ao final da consulta médica. Nesse contato inicial, buscava-se estabelecer um bom *rapport* com o candidato à participação no estudo, com o objetivo de construir confiança e, consequentemente, garantir maior adesão ao projeto. Após a aceitação inicial do participante, eram agendados dia e horário convenientes para ambas as partes, visando à continuidade dos procedimentos.

Terceiro procedimento

Após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o participante era convidado a responder à Escala Visual Analógica (EVA), seguida de uma entrevista clínica semiestruturada com questões abertas. Por meio da ferramenta, tanto a pesquisadora quanto o participante tinham a oportunidade de direcionar a entrevista, facilitando o alcance dos objetivos propostos pelo método clínico-qualitativo. O objetivo era obter dados que permitissem analisar a história de vida do sujeito, incluindo sua descrição (por meio da observação e impressão da pesquisadora), o surgimento da dor e seu desenvolvimento ao longo da vida (em quais momentos a dor surgiu, se intensificou e como se tornou crônica), bem como sua história familiar, laboral, relações sociais e histórico médico. Buscou-se explorar as principais condições de vida vivenciadas pelo participante e os acontecimentos significativos em sua trajetória.

Quarto procedimento

Optou-se por uma aplicação reduzida de lâminas, consideradas suficientes para acessar os conteúdos psicológicos relacionados à temática do desamparo. A escolha das pranchas foi supervisionada por três psicólogos de abordagem psicanalítica, todos experientes no uso de testes projetivos. Dessa forma, a aplicação das lâminas do TAT procedeu com a seguinte sequência: 1, 3RH, 11, 16, 19 e 20.

Os pressupostos psicanalíticos que fundamentam o TAT orientaram a interpretação e análise dos dados coletados, organizados com base nas concepções de funcionamento do id, ego e superego. O TAT foi compreendido como um reflexo das experiências (conscientes, pré-conscientes ou inconscientes) passadas e presentes de cada participante.

Além disso, as análises do teste e do material coletado foram submetidas à avaliação de um psicólogo de abordagem psicanalítica, com experiência em testes projetivos e no atendimento

de pacientes com dor crônica. O profissional atuou de forma imparcial, exercendo o papel de árbitro na validação das análises realizadas.

Resultados e discussão

O material apresentado a seguir resulta da análise dos dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada, da interpretação da aplicação do TAT e dos escores da EVA. Os dados foram organizados em categorias, permitindo compreender a experiência subjetiva de desamparo em sujeitos com dor lombar crônica. Os resultados foram sistematicamente organizados, analisados e confrontados com a literatura utilizada.

Na tabela a seguir, são apresentados os resultados de base.

Tabela 1
Resultados de base dos dez participantes da pesquisa

Variáveis	Valores		
	n	%	M
N	10	100	-
Gênero			
Masculino	10	100	-
Feminino	0	0	-
Idade (anos)	-	-	45.3
Relacionamento estável			
Sim	8	80	-
Não	2	20	-
Religião			
Espírita	1	10	-
Católico	6	60	-
Protestante	3	30	-
Tempo de dor (anos)	-	-	8.2
Percepção de dor (EVA)	-	-	7.2

EVA = Escala Visual Analógica. M = média. Dados coletados pelos autores.

Todos os participantes encontravam-se em um processo crônico de dor, com média de oito anos de evolução dos sintomas. A percepção de dor intensa, expressa tanto na entrevista semiestruturada quanto nos escores obtidos na aplicação da EVA – com valores altos, como 10, 9, 8 e 7 –, pode ser associada a experiências que remetem ao desamparo. Entre essas experiências, estão o insucesso de tratamentos medicamentosos e cirúrgicos, o afastamento da rotina, a redução da qualidade de vida, além das dificuldades para dormir e realizar atividades básicas do cotidiano. A dor foi percebida e descrita como algo debilitante, gerando sentimento de impotência e falta de esperança em relação à melhoria da qualidade de vida e ao controle da dor.

Identificou-se desamparo nas histórias de vida dos participantes, manifestado em aspectos como infância prejudicada, início precoce no trabalho e privação afetiva e material durante a infância. O desamparo também se evidenciou na relação de insucesso com o tratamento e na evolução da doença. As vidas dos participantes estavam organizadas e estruturadas em função do adoecimento, sendo a dor e o quadro clínico representativos de cisões que acarretaram rupturas drásticas na trajetória de suas vidas. Essas rupturas resultaram em mudanças bruscas, reduzindo sua amplitude existencial. A dor assumiu um caráter limitante e indutor de impotência, impedindo a realização de projetos de vida com qualidade e, consequentemente, impondo restrições ao funcionamento egoico e libidinal.

Observou-se que os participantes lidam com a própria dor de maneira estrutural, semelhante à forma como enfrentam outros acontecimentos de suas vidas. Foram identificados isolamento, postura pessimista e dificuldade em solicitar ajuda. Esse achado corrobora o estudo de Paula (2015), que destaca como cada indivíduo apresenta um modelo único de funcionamento psíquico, condicionado pela constituição subjetiva de sua história de vida.

Na amostra estudada, foi frequente a associação entre a dor física e questões psicológicas, como:

Mente sã, corpo sã, e se a mente for e você ficar, a gente acaba se entregando. Então a gente vai pra cima né? Não vamos deixar cair, vamos lutar contra isso tudo, enquanto der né? Você não pode se acomodar, mas também não pode abusar, né? [sic]. (Participante 1).

Eu sinto mais medo do equilíbrio mental do que da própria dor ou de você ter que usar uma muleta, uma cadeira de rodas, mas aqui (aponta para a cabeça), você vai ficando com angústia, estressado, e as coisas não acontecem, você fica amarrado... Você tem que ter paciência de Jó. [sic]. (Participante 1).

Tenho ódio dela, a dor não passa, estou de saco cheio já dessa dor... [sic]. Ela atrapalha em tudo, porque você fica irritado, fica estressado, não tem paciência com nada. Você fica impossibilitado de fazer um monte de coisa. Nada tá bom pra você. É uma dor que parece que vai atingindo em todas as coisas da pessoa. Atinge meu humor, fico impaciente [sic]. Acredito que é por causa dessa dor, porque antes eu não era assim [sic]. (Participante 5).

Foi comum os participantes identificarem as relações familiares como sua principal fonte de prazer, sugerindo o impacto que o quadro clínico exerceu sobre suas vidas, subtraindo e fragmentando suas experiências prévias. Tanto no TAT quanto na entrevista semiestruturada, a importância da rede de apoio familiar tornou-se evidente, proporcionando amparo, acolhimento e assistência. Entretanto, apesar desse suporte, os participantes manifestaram sentimentos de desamparo, percebendo-se em contextos escassos de ajuda, mesmo diante do amparo familiar. Esse achado corrobora suas vivências de desamparo frente à dor e ao processo de adoecimento.

A interpretação do quadro clínico, permeada pelo medo de paraplegia e associações entre a cirurgia de coluna e o risco de piora, também foi um aspecto recorrente. Esses dados podem ser compreendidos como um medo (fantasioso ou real) que emerge nos participantes, equivalente à

gravidade da doença percebida por eles. Além disso, sugerem uma ambivalência em relação à realização do tratamento cirúrgico:

Foi horrível de novo, fiquei preocupado, fiquei apavorado... dói muito e eu não queria mais operar. Fiquei com muito medo na hora de operar, de ficar paraplégico. Minha pressão foi a mil, fiquei muito nervoso. Na hora que o médico chegou para me operar me deu desespero, mas eu tive que ir, não estava aguentando mais [sic]. (Participante 2).

Diante das limitações impostas pela dor, os participantes procuravam formas de racionalizar e justificar sua experiência, buscando sentir-se amparados diante das impossibilidades da vida e atribuir significado a essa vivência traumática. Como exemplo, mencionaram que a dor poderia ser vista como uma oportunidade de evolução pessoal e aprendizado, ou ainda que, por meio dela, aprenderam a orar, fortalecer sua fé (como um recurso mágico) e ajudar mais o próximo.

E, infelizmente, me acontece isso... Com as coisas que a gente mais gosta, vem e aparece uma dificuldade. Mas acho que é pra gente evoluir, aprender ou dar valor, e começar a ver a vida e viver o presente, cada dia como se fosse o último e viver da melhor forma. Viver bem para morrer bem, é o que todo ser humano merece [sic]. (Participante 1).

Tem vezes que me sinto com uma bola de ferro, que você tem que andar arrastando com aquela bola superpesada... Aprendi a conviver com essa dor, mas não a desejo nem ao meu maior inimigo [sic]. (Participante 3).

Consequente aos sentimentos de desamparo, incapacidade, frustração, impotência, passividade, submissão, vulnerabilidade, desesperança e solidão diante da dor, a morte surgiu como possibilidade de alívio do sofrimento.

O que eu passei não desejo pra ninguém [sic]; Eu pedi a morte, não dava pra sofrer desse jeito [sic]; Dor é coisa ruim. Dor não é bom. E você não vai no médico se você não tiver com dor. E hospital também não é bom. Só coisa ruim [sic]. (Participante 6).

O que mata a gente não é a dor? Então se você não sentir dor não vai morrer nunca [sic], É muita dor, e quantas eu não chorei? Chorava igual criança. É muita dor [sic]. (Participante 7).

As histórias construídas no TAT contribuíram para evidenciar como os participantes se percebem diante da dor e das restrições impostas pelo adoecimento, revelando sentimentos de desamparo e incapacidade de superar essas dificuldades por conta própria. Como consequência, manifestam a necessidade de ajuda externa e expressam o desejo de transformar a realidade e o curso de suas vidas, idealizando uma existência livre de sofrimentos e limitações, com maior qualidade de vida.

A temática do desamparo, presente nas narrativas de todas as lâminas aplicadas no TAT, tornou-se particularmente evidente na lâmina 19. Essa prancha, que apresenta a representação de uma cabana em meio à neve, frequentemente evoca temas relacionados à necessidade de projeção e amparo frente a um ambiente inóspito, mobilizando sentimentos de perigo e medo (Murray, 2005; Werlang, 2000). Nas histórias construídas, foi comum os participantes expressarem conteúdos internos que não foram mencionados durante a entrevista, sugerindo que seu inconsciente não autorizou o acesso a aspectos emocionais que lhes causam sofrimento.

De acordo com a categorização de Murray (1995), as ansiedades mais frequentemente identificadas foram depressão, tristeza, solidão, incapacidade e culpa. A ansiedade persecutória emerge como consequência de um mundo interno povoado por objetos persecutórios, que são retroalimentados pela vivência da dor e seus desdobramentos. Além disso, destacam-se as ansiedades de castração e aniquilamento.

Os participantes expressaram demandas por orientação e ajuda, bem como a necessidade de retomar atividades importantes do cotidiano. No entanto, sentiam-se aflitos, ameaçados e inseguros quanto à própria capacidade de alcançar sucesso na vida, apresentando dificuldade em encontrar soluções. Manifestavam sentimentos de solidão, tristeza e passividade, o que intensificava seus estados de fragilidade e os remetia à vivência de desamparo.

Corroborando esses achados, o mecanismo de defesa mais utilizado foi a racionalização, indicando dificuldade em acessar conteúdos simbólicos e lidar diretamente com o próprio sofrimento. É importante ressaltar que uma situação psíquica caracterizada por dificuldade de simbolização pode estar relacionada a restrições das funções egoica e libidinal, as quais, nesta amostra, parecem ser exacerbadas pela vivência da dor. Outros mecanismos de defesa identificados nas análises do TAT incluíram repressão, negação, regressão, isolamento, anulação e formação reativa.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo compreender a experiência subjetiva de desamparo e relacioná-la à percepção de dor em pessoas com dor lombar crônica decorrente de hérnia de disco. A análise dos dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada, da aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT) e dos escores da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) permitiu identificar aspectos fundamentais que reforçam a relação entre dor e psiquismo.

Com base na hipótese inicial, os resultados obtidos confirmaram a presença de desamparo tanto nas histórias de vida quanto na relação de insucesso com o tratamento e a evolução da doença. Foram identificados sentimento de impotência, incapacidade e passividade, com dificuldade em encontrar formas de resolver suas demandas e lidar com as limitações impostas pelo próprio corpo. Paralelamente, observou-se o desejo de lutar e buscar alternativas para melhorar sua condição. Contudo, constataram-se estados mentais marcados por desamparo e desesperança, associados à vivência de castração e à impossibilidade de criar estratégias para enfrentar seus problemas e transformar sua realidade, o que gerou sentimento de impotência e

insatisfação com a própria realidade. Além disso, verificou-se que a forma como os participantes lidavam com a dor estava intimamente relacionada à maneira como enfrentavam outras situações da vida.

Ao relacionar a experiência de dor da amostra com a teoria do desamparo, confirmou-se que esse acometimento pode ser compreendido como uma imposição do ambiente e uma exposição ao mundo, levando os indivíduos a se sentirem inseguros, indefesos e desprovidos de ferramentas para lidar com o processo de dor e as limitações impostas pelo adoecimento (Engel, 1967; Murray, 1995).

Considerando a doença como uma expressão do organismo, na qual respostas físicas e psíquicas estão intrinsecamente relacionadas (Rodrigues et al., 2019), a perspectiva psicossomática possibilitou, nessa pesquisa, a compreensão da inter-relação mente-corpo nesses indivíduos. Os resultados confirmaram que fatores biopsicossociais influenciam o curso da doença (Engel, 1967; Rodrigues, 2022). A dor foi percebida como um elemento que fragmenta a trajetória de vida dos indivíduos, reduzindo sua amplitude existencial e impondo restrições significativas ao desenvolvimento de projetos pessoais.

A proposta da pesquisa, assim como os resultados obtidos, corroborou com a definição atual de dor (DeSantana et al., 2020). De acordo com essa definição, a dor é uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais; o conceito de dor é construído a partir das experiências vividas ao longo da vida; a narrativa da pessoa sobre sua experiência de dor deve ser contemplada; o bem-estar psicológico e social é impactado pela dor, e a descrição verbal da experiência dolorosa representa um dos comportamentos possíveis para sua expressão. Esses aspectos foram abordados na entrevista semiestruturada, no TAT e na EVA.

Compreendeu-se a rede de apoio familiar com papel fundamental no amparo aos participantes. Contudo, referiram sentimentos de desamparo, sugerindo que o contexto de dor crônica pode ser vivenciado como um espaço escasso de ajuda, refletindo a complexidade das demandas emocionais e psicológicas associadas à dor, que muitas vezes vão além das possibilidades de suporte disponíveis de amparo, acolhimento e assistência.

Os mecanismos de defesa mais utilizados pelos participantes, como racionalização, negação e isolamento, indicam dificuldades em acessar e elaborar conteúdos emocionais relacionados ao sofrimento. Esses achados reforçam a importância de intervenções psicológicas que promovam a simbolização e a conscientização dos aspectos emocionais subjacentes à experiência de dor, contribuindo para o manejo dessa condição.

A dor pode impulsionar o isolamento social pela dificuldade em expressar-se e sentir-se compreendido. Nesse contexto, o profissional da saúde, especialmente o psicólogo, independentemente de sua abordagem teórica, necessita ter um entendimento aprofundado da temática da dor, considerando sua alta prevalência, seu impacto em diversas esferas da vida e sua associação com transtornos mentais. O acompanhamento psicológico pode ser conduzido individualmente ou em conjunto com os familiares, visando à conscientização, ao manejo e à psicoeducação sobre a dor. Além disso, deve ser realizado em colaboração com uma equipe

interdisciplinar, enriquecendo a assistência e promovendo uma compreensão mais ampla do paciente, com ênfase em seus aspectos emocionais e psicossociais (Perissinotti & Sardá, 2019; Paluto et al., 2024).

Em relação às limitações deste estudo, optou-se por uma amostra composta exclusivamente por indivíduos do sexo masculino, restringindo-se a análise a um estudo qualitativo. Apesar dessas limitações, considera-se que os resultados obtidos fornecem subsídios importantes para a prática dos profissionais da área da saúde, em especial os psicólogos, propondo um maior aprofundamento nas vivências de dor de pacientes com dor lombar crônica.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com o objetivo de aprimorar a prática clínica, desenvolvendo intervenções psicológicas eficazes para o manejo da dor crônica e promovendo melhorias na qualidade de vida dos pacientes.

Este artigo contribui para a compreensão da experiência subjetiva de desamparo em indivíduos com dor lombar crônica, ressaltando a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar no cuidado a essa população. Ao reconhecer a dor como uma experiência subjetiva, reafirma-se o compromisso de promover práticas de saúde que valorizem a singularidade de cada indivíduo em seu processo de adoecimento.

Agradecimentos

Ao Laboratório Sujeito e Corpo (SuCor) do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Referências

- Almeida, N. A. de. (2018). *Desamparo em pacientes com dor lombar crônica: Um estudo psicanalítico e neuro-científico* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Angelotti, G., & Sardá, J. Jr. (2005). Avaliação psicológica da dor. In J. A. B. Figueiró, G. Angelotti, & C. A. M. Pimenta (Eds.), *Dor e saúde mental*. Atheneu.
- Calvetti, P. U., Figuera, J., & Muller, M. C. (2008). A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 9(1), 115–120.
- Cohen, M., Quintner, J., & van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Reports*, 3(2), Article e634. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>
- Darlow, B., Dean, S., Perry, M., Mathieson, F., Baxter, D., & Dowell, A. (2015). Easy to harm, hard to heal—Patient views about the back. *Spine*, 40(11), 842–850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000901>
- DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de, Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de, & Fonseca, P. R. B. da. (2020). Revised definition of pain after four decades. *BrJP*, 3(3), 197–198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26(6), 899–918.
- Engel, G. L. (1967). The concept of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 3–9.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Freud, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. *Obras Completas* (Vol. XVIII). Standard Edition.
- Freud, S. (1911). Formulas sobre los dos principios del acaecer psíquico. *Obras Completas* (Vol. XII). Standard Edition.
- IASP Subcommittee on Taxonomy. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249–252.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(9), Article CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.
- Lee, G. I., & Neumeister, M. W. (2020). Pain: Pathways and physiology. *Clinics in Plastic Surgery*, 47(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2019.11.001>
- Loeser, J. D. (2009). A medicina narrativa e a dor. In O. Neto, C. M. C. Costa, & M. J. Teixeira (Orgs.), *Dor: Princípios e práticas*. Artmed.
- Menezes, L. S. A. (2012). *Desamparar*. Casa do Psicólogo.
- Meucci, R. D., Fassa, A. C. G., & Faria, N. M. X. (2015). Prevalence of chronic low back pain: Systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 49, Article 73. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>
- Murray, H. A. (1995). *TAT – Teste de Apercepção Temática*. Casa do Psicólogo.
- Murray, H. A. (2005). *TAT – Teste de Apercepção Temática*. Casa do Psicólogo.
- Paluto, I. C. P., Moré, C. L. O. O., & Inácio, A. das N. (2024). Dor crônica e possibilidade de intervenção no contexto da psicologia: Revisão integrativa. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 24, Article e77561. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.77561>
- Paula, B. S. (2015). *Estudo clínico-qualitativo da dinâmica psíquica de pessoas com lombalgia crônica por artrose facetária* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Perissinotti, D. M. N., & Sardá, J. Jr. S. (2019). *Psicologia e dor – O que você deve saber*. Editora dos Editores.
- Prado, M. A. P. (2012). *Estudo do impacto psicológico na intercorrência cirúrgica: Trauma e seus efeitos pós-traumáticos* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Psychosomatic Medicine. (1939). Introductory statement – The editors. *Psychosomatic Medicine*, 1(1).

- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rodrigues, A. L. (2022). Pensar a psicossomática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 30(1), 105–109. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v30n1p%25p>
- Rodrigues, A. L., Campos, E. M. P., & Pardini, F. (2019). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. In A. L. Rodrigues (Org.), *Psicologia da saúde-hospitalar: Abordagem psicossomática*. Manole.
- Santos-Silva, C., Almeida, N. A. de, & Wanderley, K. da S. (2019). Psicologia da saúde e psicologia hospitalar. In A. L. Rodrigues (Org.), *Psicologia da Saúde-Hospitalar: Abordagem psicossomática*. Manole.
- Silva, E. F. (1984). *Teste de Apercepção Temática (TAT) na cultura brasileira: Manual de aplicação e interpretação*. Fundação Getúlio Vargas.
- Souza, J. B., Grossmann, E., Perissinotti, D. M. N., Júnior, J. O. O., Fonseca, P. R. B., & Posso, I. P. (2017). Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Research and Management*, 2017, Article 4643830. <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>
- Tang, S. K., YeeTse, M. M., Leung, S. F., & Fotis, T. (2020). Acute and chronic musculoskeletal pain situations among the working population and their pain education needs: An exploratory study. *Family Practice*, 37(5), 1–8. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa013>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Vieira, O. N., & Vieira, C. M. S. (2005). *Transtorno de estresse pós-traumático: Uma neurose de guerra em tempo de paz*. Vetor.
- Werlang, B. G. (2000). TAT conforme modelo de Bellak. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico – V. Artes Médicas*.
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

Contribuição de cada autor na elaboração do trabalho:

Nathália Augusta de Almeida: Esta pesquisa faz parte da dissertação de Mestrado da autora (Departamento de Psicologia Clínica – Instituto de Psicologia – USP), bacharel em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Avelino Luiz Rodrigues: Contribuição na organização teórica (Psicossomática) e construção metodológica.

Barbara Subtil de Paula Magalhães: Contribuição na análise do Teste de Apercepção Temática (TAT).

Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues: Orientadora do trabalho.

Luciano Miler Reis Rodrigues: Contribuição na seleção dos indivíduos-alvo de pesquisa e contribuição teórica sobre dor lombar crônica.

EQUIPE EDITORIAL**Editor-chefe**

Alexandre Luiz de Oliveira Serpa

Editores Associados

Alessandra Gotuzo Seabra
Ana Alexandra Caldas Osório
Cristiane Silvestre de Paula
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Editores de Seção**"Avaliação Psicológica"**

André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Danielle de Souza Costa
Lisandra Borges Vieira Lima
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Natália Becker
Thatiana Helena de Lima

"Psicologia e Educação"

Alessandra Gotuzo Seabra
Carlo Schmidt

"Psicologia Social e Saúde das Populações"

Fernanda Maria Munhoz Salgado
Gabriel Gaudencio do Rêgo
João Gabriel Maracci Cardoso
Marina Xavier Carpena

"Psicologia Clínica"

Cândida Helena Lopes Alves
Julia Garcia Durand
Vinicius Pereira de Sousa

"Desenvolvimento Humano"

Ana Alexandra Caldas Osório
Cristiane Silvestre de Paula
João Rodrigo Maciel Portes

Artigos de Revisão

Jessica Mayumi Maruyama

Suporte Técnico

Maria Gabriela Maglió
Davi Mendes

PRODUÇÃO EDITORIAL**Coordenação Editorial**

Surane Chiliani Vellenich

Estagiária Editorial

Sofia Lustosa de Oliveira da Silva

Preparação de Originais

Mônica de Aguiar Rocha

Revisão

Alessandra Biral

Diagramação

Acqua Estúdio Gráfico