



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico

CLÁUDIA MARIA DE LUCA COLTURATO DALUL

**Enfrentamento em Pacientes com Dor
Neuropática na Perspectiva da Psicanálise**

São José do Rio Preto

2019

Cláudia Maria De Luca Colturato Dalul

**Enfrentamento em Pacientes com Dor
Neuropática na Perspectiva da Psicanálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP para Defesa Pública de Título. *Área de Concentração*: Processo de Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Gestão e Educação em Saúde (GES). *Grupo de Pesquisa*: Educação em Saúde (EDUS).

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

Coorientador: Prof. Dr. Lazslo D'Avila

São José do Rio Preto

2019

Ficha Catalográfica

Dalul, Cláudia Maria De Luca Colturato

Enfrentamento em Pacientes com Dor Neuropática na Perspectiva da
Psicanálise/ Cláudia Maria De Luca Colturato Dalul.

São José do Rio Preto; 2019.

67 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde (GES)

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

Coorientador: Prof. Dr. Lazslo D'Avila

1. Psicanálise; 2. Neuropatia; 3. Estratégias de Enfrentamento; 4. Dor crônica.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Prof. Dr. Lazslo D’Avila
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profa. Dra. Helenice Bianchi Bolini
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin
União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Profa. Dra. Alini Daniéli Viana Sabino
União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

São José do Rio Preto, 28/06/2019

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iii
Lista de Tabelas.....	iv
Lista de Abreviaturas.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Resumén.....	viii
1.Introdução.....	1
2.Objetivos.....	4
2.1.Objetivo Geral.....	5
2.2.Objetivos Específicos.....	5
3. Manuscritos.....	6
3.1.Manuscrito 01.....	7
3.2.Manuscrito 02.....	23
4.Conclusões.....	39
Referências.....	41
Anexos.....	43
Anexo 1. Questionário sobre a dor.....	44
Anexo 2.Escala modo de enfrentamento de problema (EMEP).....	45
Anexo 3.Escala de alexitimia de Toronto (TAS).....	47
Anexo 4.Termo de consentimento livre e esclarecido.....	49
Anexo 5.Termo de aprovação do comitê de ética.....	52
Apêndice.....	53

DEDICATÓRIA

A Deus, primeiramente pela bênção da minha vida e da minha família, e por todas as oportunidades de descobrir que posso a cada dia fazer a diferença na vida de todos.

Ao meu esposo, Carlos, meus filhos, Bruno, Luana e Lucas, meu neto que está chegando, Joaquim, e a toda a minha família, que dignamente me apresentaram à importância da família e do amor e ao caminho da honestidade, força e persistência.

Aos meus pacientes, pela fé no meu trabalho e por me ensinar tanto todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu a cada dia descobrir, através da profissão que amo tanto, novas formas de retribuir todas as bênçãos que o Senhor me concede a cada segundo. Auxiliando a todos no enfrentamento de suas dores, estou lhe dizendo: Obrigada Senhor!

À minha queridíssima orientadora e amiga, Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino, a minha eterna gratidão e reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira amor, dedicação, carinho, paciência, cuidado, sabedoria, justiça; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise e flexibilidade. Seu dom no ensino da Ciência, principalmente, na Educação, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade, eficiência e desenvolvimento da humanidade é inspirador. Seu caráter e seu coração fizeram toda a diferença!

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Lazslo D'Avila, cujo conhecimento e experiência enriqueceram e possibilitaram o desenvolvimento desse trabalho. Sem a sua perspectiva e expertise esse trabalho estaria incompleto.

Agradeço infinitamente ao meu esposo, Carlos, meus filhos, Bruno, Luana e Lucas, e meu neto que está por chegar, Joaquim. Vocês são a base e o motivo de todo o esforço! Obrigada por me incentivar a ser melhor todos os dias. Esse trabalho só foi possível porque o amor de vocês me inspira e me ensina a todo o momento.

À minha família em geral que me apoiou e me suportou desde o início, gratidão e alegria por me dar a base e o motivo para todas as conquistas alcançadas até hoje.

A realização de um projeto de pesquisa como este só foi possível com o apoio de vários colaboradores. Aos membros do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FAMERP e dessa instituição em geral, aos pacientes que participaram e a todos os envolvidos que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma, o meu reconhecimento e gratidão.

EPIGRAFE

*“O principal objetivo da Terapia Psicológica
não é transportar o paciente para um impossível estado de felicidade,
mas sim ajudá-lo a adquirir firmeza e paciência diante do sofrimento.*

A vida acontece no equilíbrio entre a alegria e a dor.”

(C. G. Jung)

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Estatística descritiva variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com dor crônica neuropática da Clínica da Dor. São José do Rio Preto/SP, 2017.....	13
Tabela 02. Estatísticas inferenciais dos escores de Pain Detect para os pacientes com dor neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017.....	14
Tabela 03. Escores da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas de pacientes com dor crônica neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017.....	15
Tabela 04. Testes descritivos dos escores do fator 2 focalização na emoção para os pacientes com dor crônica neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017.....	16

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA – Análise de Variância.

CV – Coeficiente de Variação

DC – Dor Crônica

DCN – Dor Crônica Neuropática

DCN – Dor Crônica Não Transmissíveis

EAT – Escala de Alexitimia de Toronto

EMEP – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

IASP – International Association for the Study of Pain

OMS – Organização Mundial de Saúde

TAS – Toronto Alexithymia Scale

RESUMO

Introdução A dor crônica neuropática ocasionada por lesão ou doença no sistema nervoso somatossensorial, na medula, ou em nervos, atinge múltiplas dimensões e acarreta consequências na qualidade de vida do indivíduo. **Objetivos:** Compreender o cenário da dor crônica neuropática; identificar as estratégias de enfrentamento e analisar o enfrentamento da dor na perspectiva psicanalítica. **Casuística e Métodos:** Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantiquantitativa realizado no Ambulatório da Clínica da Dor de um Ambulatório Escola no interior do noroeste paulista. Participaram deste estudo 61 pacientes com diagnóstico médico de dor crônica neuropática, no período de agosto a dezembro de 2017. Para a coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos: entrevista semiestruturada (dados sociodemográficos e clínicos); Pain Detect (questionário sobre a dor intuitivo e visual); Escala de Alexitimia (avalia as dificuldades para identificar e descrever os sentimentos); Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e as entrevistas preliminares (perspectiva psicanalítica). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi utilizada a análise do discurso e as categorias organizadas de acordo com a semelhança, além da análise quantitativa. **Resultados:** A caracterização sociodemográfica e clínica dos 61 participantes do estudo foram: idade média de $50,67 \pm 13,12$ anos, 57,38% do gênero feminino, 59,02% com ensino fundamental, 61,67% com companheiro, 39,34% a doença como a causa da dor, 57,38% apresentaram problemas físicos como as principais mudanças, após a dor e 68,85% tiveram atitude positiva em relação à dor. O escore médio do *Pain Detect* foi de 22,72 pontos, que mostra resultado positivo para a dor. Não houve associações da dor com as variáveis: gênero ($P=0,108$), estado conjugal ($P=0,855$), escolaridade ($P=0,881$), causa da dor ($P=0,984$) e mudanças, após a dor ($P=0,420$). Houve diferenças significativas nos escores da dor com a faixa etária ($P=0,049$) e a forma como os pacientes lidam com a dor ($P=0,007$). O enfrentamento com a aplicação do EMEP obteve os maiores escores nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema. Evidenciou que os pacientes estudados eram alexitímicos, com dificuldades em expressar suas emoções, sentimentos e sensações corporais. Da análise qualitativa do enfrentamento emergiram duas categorias: práticas religiosas e alexitimia. **Conclusões:** Os resultados quantitativos permitiram concluir que as estratégias de enfrentamento dos pacientes com dor crônica neuropática foram nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema e houve diferença estatisticamente significativa com relação à faixa etária e a forma como os pacientes lidam com a dor. Os resultados na análise qualitativa propiciaram a conscientização da relação direta da dor com a mente na perspectiva psicanalítica. Ao compreendermos a relação da dor com a psique observa-se a necessidade de melhor preparo dos profissionais da saúde para a sua prática clínica. Neste estudo observou-se que a perspectiva psicanalítica é uma das alternativas para o enfrentamento da dor crônica neuropática e melhora da qualidade de vida.

Descritores: Dor crônica; Estratégia de enfrentamento; Psicanálise; Dor; Neuropatia; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Neuropathic chronic pain caused by injury or disease in the somatosensory nervous system in the marrow or nerves, affects multiple dimensions, including the individuals' quality of life. **Objectives:** To understand the context of neuropathic chronic pain; identify coping strategies; and analyze coping from a qualitative and quantitative perspective. **Patients and Methods:** This descriptive, cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach was conducted in the Outpatient Pain Clinic of a School Health Clinic located in the northwest of São Paulo state, Brazil. Sixty-one patients with a medical diagnosis of neuropathic chronic pain participated in this study from August to December 2017. Data were collected using five instruments: semi-structured interviews (sociodemographic and clinical data); Pain DETECT (an intuitive and visual questionnaire addressing pain); Alexithymia Scale (measures difficulties to identify and describe feelings); Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) [Ways of Coping with Problems Scale] and preliminary interviews (psychoanalytical perspective). All the interviews were recorded and transcribed. Discourse analysis was used and the categories were organized according to similarity. **Results:** The sociodemographic and clinical characterization of the 61 participants revealed that they were 50.67 years old (± 13.12 years) on average; 57.38% were women; 59.02% attended primary school; 61.67% had a partner; the cause of pain for 39.34% was disease; 57.38% reported physical problems as the main changes they experienced after pain; and 68.85% presented a positive attitude towards pain. The mean score obtained in the pain detect was 22.72, that is, a positive result toward pain. No association was found between pain and gender ($P=0.108$); marital status ($P=0.855$); educational level ($P=0.881$); cause of pain ($P=0.984$); or changes after pain ($P=0.420$). Significant differences were found between pain scores and age ($P=0.049$) and with the way patients deal with pain ($P=0.007$). Religious practices, social support, and problem-focusing coping strategies obtained the highest scores in the EMEP. The results show that patients had difficulties expressing their emotions, feelings, and body sensations. Two categories emerged from the qualitative analysis of coping: religious practices and alexithymia. **Conclusion:** The quantitative results have showed that the coping strategies of patients with neuropathic chronic pain included religious practices, social support and problem-focusing strategies, with a statistically significant difference in regard to age and the way patients deal with pain. The results from the qualitative analysis enabled patients to gain awareness, from a psychoanalytical perspective, of the direct relationship between pain and mind. When we understand the relationship between pain and psyche, we verify a need to better prepare health workers for clinical practice. This study has showed that the psychoanalytic perspective is one way to cope with neuropathic chronic pain and improve the patients quality of life.

Descriptors: Neuropathic Pain; Coping Strategy; Psychoanalysis; Pain; Neuropathy; Mental Health.

RESUMÉN

Introducción: el dolor crónico neuropático ocasionado por lesión o enfermedad en el sistema nervioso somato sensorial, en la médula o en nervios, afecta múltiples dimensiones y provoca consecuencias en la calidad de vida del individuo que la posee. **Objetivos:** comprender el escenario del dolor crónico neuropático; identificar las estrategias de enfrentamiento y analizar el enfrentamiento del dolor bajo la perspectiva psicoanalítica. **Casuística y Métodos:** estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo y cualitativo, realizado en el Ambulatorio de la Clínica del Dolor de un Ambulatorio Escuela, en el interior del noroeste del estado de Sao Paulo. Participaron de este estudio 61 pacientes con diagnóstico médico de dolor crónico neuropático, en el período de agosto a diciembre de 2017. Para recoger los datos se utilizaron cinco instrumentos: entrevista semiestructurada (datos sociodemográficos y clínicos); Pain DETECT (cuestionario sobre el dolor intuitivo y visual); escala de Alexitimia (mide las dificultades para identificar y describir los sentimientos); escala de Modos de Enfrentamiento de Problemas (EMEP) y las entrevistas preliminares (perspectiva psicoanalítica). Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Fue utilizado el análisis del discurso y las categorías fueron organizadas de acuerdo con la semejanza. **Resultados:** la caracterización sociodemográfica y clínica de los 61 participantes del estudio fueron: edad media de $50,67 \pm 13,12$ años; 57,38% del género femenino; 59,02% con enseñanza fundamental; 61,67% tenían compañero; en 39,34% la enfermedad era la causa del dolor; 57,38% presentaron problemas físicos (por ejemplo, los principales cambios después del dolor); y 68,85% tuvieron actitud positiva en relación al dolor. El puntaje medio del Pain DETECT fue de 22,72 puntos, lo que muestra un resultado positivo para el dolor. No hubo asociaciones del dolor con las variables: género ($P=0,108$); estado conyugal ($P=0,855$); escolaridad ($P=0,881$); causa del dolor ($P=0,984$) y cambios después del dolor ($P=0,420$). Hubo diferencias significativas en los puntajes del dolor en el intervalo etario ($P=0,049$) y en la forma como los pacientes lidiaban con el dolor ($P=0,007$). El enfrentamiento con la aplicación del EMEP obtuvo los mayores puntajes en: prácticas religiosas, soporte social y enfoque en el problema. Se evidenció que los pacientes estudiados tenían alexitimia, con dificultades en expresar sus emociones, sentimientos y sensaciones corporales. Del análisis cualitativo del enfrentamiento surgieron dos categorías: prácticas religiosas y alexitimia. **Conclusión:** los resultados cuantitativos permitieron concluir que las estrategias de enfrentamiento de los pacientes con dolor crónico neuropático se encontraron en: prácticas religiosas, soporte social y enfoque en el problema. Hubo diferencias estadísticas significativas con relación al intervalo etario y en la forma como los pacientes lidiaban con el dolor. Los resultados en el análisis cualitativo propiciaron la concientización de la relación directa entre el dolor y la mente, bajo la perspectiva psicoanalítica. Al comprender la relación del dolor con la psiquis se observó la necesidad de obtener una mejor preparación de los profesionales de la salud para la realización de su práctica clínica. En este estudio se observó que la perspectiva psicoanalítica es una de las alternativas para el enfrentamiento del dolor crónico neuropático y para mejorar la calidad de vida.

Descriptores: Dolor neuropático; Estrategia de enfrentamiento; Psicoanálisis; Dolor; Neuropatía; Salud mental.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A dor ocasiona impactos negativos na vida de um indivíduo, acometendo grande parte da população, e um dos maiores desafios para os profissionais da área de saúde. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial.¹

A dor é classificada em dois tipos: aguda, que surge de um dano ou ameaça para o tecido não-neural e desaparece com o tratamento, sendo causada por uma inflamação, infecção, lesões, entre outros e a dor crônica (DC), que é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, podendo ser compreendida também como dor que persiste após o tempo de cicatrização normal, ou seja, não responde aos tratamentos comuns, e persiste por vários meses até anos.² A DC é subdividida em outros dois tipos: central acometendo o sistema nervoso somatossensorial central, e o periférico, que acomete o sistema somatossensorial periférico.³

A DC é considerada uma experiência originada das sensações de caráter emocional desagradável, apresentando dano real e potencial e também possui um caráter psicológico.⁴ A DC é caracterizada como dor real ou psicológica, afirmando que a dor parte não apenas do dano real, mas também surge no plano da emoção, por meio de uma experiência sensível que transcende o plano real da lesão.⁵

A Dor Crônica Neuropática (DCN) é a DC mais prevalente e os tratamentos convencionais são ineficazes e podem surgir em semanas, meses ou até anos após a instalação da lesão, e ocorre quando há lesão parcial ou total das vias nervosas do sistema nervoso periférico ou central.²

A DCN possui etiologia incerta, sendo que milhões de pessoas sofrem desse tipo de dor e provoca incapacidades e inabilidades prolongadas, afetando negativamente no funcionamento físico, mental e social, agravando a qualidade de vida.⁶⁻⁷

Pesquisadores apontam que oito por cento da população geral apresentam sintomas de DCN e que a cada 100 pacientes, apenas 15 destes procuram auxílio médico para tratamento.⁸

A DCN compromete a rotina do paciente, para o seu tratamento enfrentam dificuldades, provoca desconforto e debilidade emocional. A DCN pode ter como causas: traumatismos, uso de substâncias tóxicas, tumores que causam compressão, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, entre outras.⁹

Estudos apontam que nossos pensamentos, emoções e memórias podem influenciar fisiologicamente na dor e quando há excesso de pensamentos negativos, impactando na percepção de dor.⁶⁻¹⁰ As pessoas com DCN são levadas a procurar serviços de saúde, sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil.¹¹⁻¹²

Por ser contínua a DCN, as pessoas buscam terapias complementares para a dor, que variam desde chás, pilates, massagens, acupuntura, hipnose, hidromassagem, termoterapia entre outras terapêuticas.¹³ Entretanto quando essas terapias não surtem o efeito esperado, levando o indivíduo a procurar por estratégias farmacológicas, como utilização de antidepressivos e anticonvulsivantes, que apresentam potencial para ocorrência de efeitos adversos intoleráveis mesmo em doses terapêuticas, que interferem na qualidade de vida geram gasto financeiro ao serviço público e ao indivíduo, podendo levar a internações hospitalares.¹¹⁻¹³

Para compreender melhor o cenário a DCN, a pesquisa buscou realizar uma investigação da DCN na psicanálise e aprofundar-se nas estratégias de enfrentamento, que foram levantadas no estudo quantitativo. Associado a isto, ações referentes à educação do paciente e dos profissionais de saúde também tem sido consideradas como desempenhando um papel importante na eficácia dos tratamentos. Acredita-se que os pacientes devem ser compreendidos numa perspectiva global (mente e corpo), para serem parceiros ativos no seu próprio cuidado e promover a boa comunicação entre o paciente e o profissional de saúde.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender o enfrentamento dos estressores associados à dor crônica neuropática sob a perspectiva psicanalítica.

2.2. Objetivos específicos

- Listar as características sócio-demográficas, a intensidade de dor e a alexitimia das pessoas com dor crônica neuropática;
- Identificar e analisar as estratégias de enfrentamento de dor crônica neuropática, segundo a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas;
- Compreender o enfrentamento das pessoas com dor crônica neuropática sob a perspectiva psicanalítica.

MANUSCRITOS

3. MANUSCRITOS

3.1. MANUSCRITO 01

Código de fluxo 827 (*Brazilian Journal of Pain*)

ARTIGO ORIGINAL

Coping strategies in patients with neuropathic pain

Estratégias de enfrentamento em pacientes com dor neuropática

Thainá de Oliveira Laluce¹, Claudia Maria de Luca Colturato Dalul², Marielza Israel Martins³, Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro⁴, Flavia Cesarino de Almeida⁵, Claudia Bernardi Cesarino⁶

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
4. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Enfermagem Geral, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
5. Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
6. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Enfermagem Geral, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Thainá de Oliveira Laluce - <https://orcid.org/0000-0002-2674-1865>

Claudia Maria de Luca Colturato Dalul - <https://orcid.org/0000-0003-1518-1695>;

Marielza Israel Martins - <https://orcid.org/0000-0002-1140-7581>;

Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro - <https://orcid.org/0000-0002-1016-0484>;

Flavia Cesarino de Almeida - <https://orcid.org/0000-0001-9797-8117>;

Claudia Bernardi Cesarino - <https://orcid.org/0000-0002-8701-9163>.

Apresentado em 10 de julho de 2018.

Aceito para publicação em

Conflito de interesses: não há

Fontes de fomento: BIPIC/CNPq

Endereço para correspondência:

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416

São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: thainalaluce@gmail.com

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The chronic neuropathic pain has a multifactorial origin and presents several coping strategies. The objective of this study was to identify, analyze the different coping strategies of chronic neuropathic pain, to relate these with sociodemographic characteristics, pain intensity and alexithymia.

METHODS: A descriptive and cross-sectional study involving 61 patients with neuropathic pain who were attended at the Pain Clinic from August to December 2017. The instruments for data collection of patients with neuropathic pain were used: semi-structured interview, pain questionnaire Pain Detect, the Alexithymia Scale and the Scale Modes of Coping with Problems.

RESULTS: Of the 61 patients with neuropathic pain the majority were female, with mean age of 50.67 ± 13.12 years, low schooling, with partner, diseases as the main cause of pain, coping neuropathic pain positive attitudes despite physical problems such as the main changes after pain.

CONCLUSION: The results of the present study allowed us to conclude that the coping strategies of patients with neuropathic pain according to the application of Scale Modes of Coping with Problems, that the highest scores were in religious practices, social support and focus on the problem.

Keywords: Chronic pain, Coaching, Coping strategies, Pain.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica neuropática tem origem multifatorial e apresenta diversas estratégias de enfrentamento. O objetivo deste estudo foi identificar, analisar as diversas estratégias de enfrentamento de dor crônica neuropática, relacionar estas com as características sociodemográficas, a intensidade de dor e a alexitimia.

MÉTODOS: Estudo descritivo e transversal em que participaram 61 pacientes com dor neuropática que foram atendidos na Clínica da Dor no período de agosto a dezembro de 2017. Foram utilizados os instrumentos para coleta de dados dos pacientes com dor neuropática: entrevista semiestruturada, questionário de dor Pain Detect, a Escala de Alexitimia e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas.

RESULTADOS: Dos 61 pacientes com dor neuropática a maioria era mulher, com idade média de $50,67 \pm 13,12$ anos, baixa escolaridade, com companheiro, doenças como a causa principal da dor, enfrentamento dor neuropática atitudes positivas apesar dos problemas físicos como as principais mudanças após a dor.

CONCLUSÃO: Os resultados do presente estudo permitiram concluir que as estratégias de enfrentamento dos pacientes com dor neuropática de acordo com a aplicação do Escala de Alexitimia e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, que os maiores escores foram nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema.

Descritores: Dor, Dor crônica, Enfretamento, Estratégias de enfrentamento.

INTRODUÇÃO

A dor acomete impactos negativos na vida de um indivíduo, tendo grande parte da população, e um dos maiores desafios para os profissionais da área de saúde. De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é definida como uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial.¹

A dor é classificada em dois tipos: aguda, que surge de uma lesão ou ameaça para o tecido não neural, geralmente, é causada por uma inflamação, infecção, lesões, entre outros e a dor crônica (DC) com duração superior a três meses. A DC pode ser subdividida em três partes de acordo com a fisiopatologia: dor crônica nociceptiva, dor crônica neuropática (DCN) e dor crônica mista. A dor nociceptiva está ligada a lesões de tecidos musculares e ósseos, geralmente, possuem uma boa melhora clínica com fármaco analgésico. Já na DCN os fármacos não surtem o efeito desejado, por conta de uma disfunção ou lesão no sistema nervoso tendo uma ativação anormal da via da dor. Pode ser também definida como lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, podendo ser compreendida também como dor que persiste após o tempo de cicatrização normal, ou seja, que não responde aos tratamentos comuns, e persiste por vários meses até anos.²

Quando as terapias não surtem o efeito esperado, há um sofrimento psicológico, causado pela insatisfação do plano terapêutico, levando o indivíduo a procurar por estratégias farmacológicas, que geram maior gasto financeiro, podendo levar a uma futura internação³.

É fato que, quando se trata de dor, há muitos desafios e variáveis a se considerar, todavia nota-se na literatura nacional e internacional dificuldade na utilização dos instrumentos na avaliação de DCN, bem como a comparação de qual método de tratamento é o mais indicado.⁴

A dor é uma problemática que permeia os serviços de saúde sendo um importante fator para o deslocamento do cliente a um centro de referência de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e incapacidades no Brasil, impactando o cliente, a família, os serviços de saúde e economia devido às faltas e aposentadoria precoce.^{5,6}

Um dos maiores agentes das DCNT é DCN, que se encontra presente em pacientes com diabetes mellitus, pacientes em tratamento de câncer, lesões traumáticas e que já tiveram acidente vascular cerebral. Esse tipo de dor não responde bem os fármacos rotineiros, possuindo um tempo maior de duração, sendo que muitas vezes, essa dor se torna uma própria

doença. Esses indivíduos, juntamente com os profissionais procuram diversos meios para a redução da dor sentida.

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar, descrever e analisar as diversas formas de estratégias de enfrentamento DCN, relacionar estas com as características sócio-demográficas, a intensidade de dor e a alexitimia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de delineamento quantitativo, que foi realizado no Ambulatório da Clínica da Dor da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto. Participaram deste estudo 61 pacientes com diagnóstico médico de Dor Crônica Neuropática, no período de agosto a dezembro de 2017.

Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: a entrevista semiestruturada (dados sócio-demográficos e clínicos); o *Pain Detect* (questionário sobre a dor intuitivo e visual); a Escala de Alexitimia (mede as dificuldade para identificar os scores e descrever os sentimentos) e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) adaptada para a realidade brasileira por Gimenes.⁷

Pain Detect é um instrumento de triagem de autopreenchimento, fácil compreensão simples e rápida. Este instrumento visa constatar a presença de dor neuropática em pacientes. É específico, tem valor preditivo positivo, e é altamente sensível. Neste questionário é possível observar questões sobre intensidade, gravidade, presença e irradiação da dor. Essas questões são categorizadas na escala *Likert* de seis pontuações.⁸

A Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) mensura o grau de alexitimia segundo quatro fatores: F1- habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 - habilidade para fantasiar ou "sonhar acordado"; F3 - preferência por focalizar eventos externos ao invés de experiências internas; F4 - habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas.⁹⁻¹⁰ Possui 26 itens, respondidos em escala *Likert* de cinco pontos, desde discordo inteiramente (1) até concordo plenamente (5). Os escores totais variam entre 26 e 130 e, de acordo com estudos realizados com a versão original, quando o escore for acima ou igual a 74 são interpretados como presença de alexitimia, enquanto o escore abaixo ou igual a 62, ausência de alexitimia. E escores entre 63 e 73 não permitem avaliações conclusivas.

As estratégias de enfrentamento utilizadas frente a um evento estressor geral ou a um evento estressor relacionado à saúde podem ser mensuradas utilizando-se a EMEP, que é composta por 45 questões objetivas, 18 focalizadas no problema, 15 focalizadas na emoção,

sete na busca de prática religiosa/pensamento fantasioso e cinco na busca de suporte social. No final da escala houve também uma questão subjetiva, destinada a identificar alguma outra estratégia de enfrentamento que não tenha constado nas questões anteriores. As respostas foram classificadas de acordo com a escala *Likert* de cinco pontos: 1- eu nunca faço isso; 2- eu faço isso pouco; 3- eu faço isso às vezes; 4- eu faço isso muito; e 5- eu sempre faço isso, escores mais altos indicaram maior frequência de utilização da estratégia de enfrentamento. Esses itens são divididos em quatro scores de avaliação: fator 1: enfrentamento focalizado no problema; fator 2: enfrentamento focalizado na emoção; fator 3: enfrentamento centrado na busca de práticas religiosas e pensamento fantasioso; fator 4: enfrentamento baseado na busca por suporte social.¹¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob o nº CAAE: 62298816.0.0000.5415 e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram transferidos para uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel e enviados para análise estatística foram utilizados os testes de Análise de Variância (ANOVA) e de comparação múltipla de Tukey. O nível de significância adotado para os resultados obtidos foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 01 mostra o percentual das variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos 61 pacientes com DCN avaliados: a maioria dos pacientes era do gênero feminino (35; 57,38%), ensino fundamental (36; 59,02%), com companheiro (37; 61,67%), tinha a doença como a causa da dor (24; 39,34%), problemas físicos como as principais mudanças após a dor (35; 57,38%) e com atitude positiva em relação à DCN (42; 68,85%).

A idade média dos pacientes avaliados foi de 50,67 anos com desvio padrão de 13,12 anos e mediana de 51,00 anos. O coeficiente de variação dessa distribuição foi de 25,9%. A idade mínima observada foi de 21,0 anos e a máxima de 74,0 anos.

Tabela 01. Estatística descritiva variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com dor crônica neuropática da Clínica da Dor. São José do Rio Preto/SP, 2017.

Variáveis	Pacientes com dor neuropática	
	n (n=61)	%
Sexo		
Feminino	35	57,38
Masculino	26	42,62
Escolaridade		
Fundamental	36	59,02
Médio	15	24,59
Superior	10	16,39
Estado civil		
Com companheiro	37	61,67
Sem companheiro	23	38,33
Causa da dor		
Acidente	16	26,23
Doenças	24	39,34
Outras	16	26,23
Não sabe	5	8,20
Mudanças após a dor		
Problemas emocionais	26	42,62
Problemas físicos	35	57,38
Como lida com a dor		
Atitude negativa	19	31,15
Atitude positiva	42	68,85

De acordo com a Tabela 02, a aplicação do instrumento *Pain Detect* mostrou escore médio geral de 22,72 pontos, indicando que, em média, os pacientes avaliados apresentaram resultado positivo para a DCN. O mesmo escore foi confrontado com as variáveis de caracterização amostral e todas elas não influenciaram de forma significativa no escore da DCN, ou seja, tal escore não apresentou diferenças significativas quando comparado de acordo com o sexo ($p=0,108$), estado conjugal ($p=0,855$), escolaridade ($p=0,881$), causa da dor ($p=0,984$) e mudanças após a dor ($p=0,420$).

Entretanto, para a faixa etária ($p=0,049$) e a forma como os pacientes lidam com a dor ($p=0,007$) houve diferenças significativas nos escores da DCN. Quanto à faixa etária, os pacientes com idade até 59 anos (jovens adultos) apresentaram escore significativamente superior de dor neuropática com relação aos pacientes com 60 anos ou mais, ou seja, o escore de dor neuropática foi superior para os adultos quando comparado ao escore dos idosos. Em relação à atitude que os pacientes apresentaram em relação à dor, os pacientes com atitudes negativas tiveram escore significativamente superior de DCN em relação aos pacientes com atitudes positivas (Tabela 2).

Tabela 02. Estatísticas inferenciais dos escores de *Pain Detect* para os pacientes com dor neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017

Estatísticas descritivas	n	Média±desvio padrão	Mediana	Valor de p
<i>Pain Detect</i>	61	22,72±8,14	22,00	
Sexo				
Feminino	35	24,23±7,06	27,00	0,108 ¹
Masculino	26	20,69±9,15	21,50	
Faixa etária				
Até 59 anos	44	24,02±7,92	25,50	0,049¹
60 anos ou mais	17	19,35±7,95	21,00	
Estado conjugal				
Com companheiro	38	22,87±8,41	22,00	0,855 ¹
Sem companheiro	23	22,48±7,84	22,00	
Escolaridade				
Fundamental	36	22,81±7,78	22,00	0,881 ²
Médio	15	21,93±10,66	21,00	
Superior	10	23,60±5,23	22,00	
Causa da dor				
Acidente	16	23,25±7,96	25,00	0,984 ²
Doença	24	22,83±8,08	21,50	
Outras	16	22,25±7,84	21,50	
Não sabe	5	22,00±12,14	19,00	
Mudanças após a dor				
Problemas emocionais	26	23,69±7,67	25,50	0,420 ¹
Problemas físicos	35	22,00±8,51	22,00	
Como lida com a dor				
Atitude negativa	19	26,47±6,27	28,00	0,007¹
Atitude positiva	42	21,02±8,38	20,50	

¹Valor de p referente ao teste t para amostras independentes a $p<0,05$.

²Valor de p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a $p<0,05$.

Os resultados da aplicação do EMEP para os pacientes com DCN tiveram o fator 02 (focalização na emoção) o menor escore quando comparado aos demais fatores, pressupondo que os pacientes com DCN não focalizam na emoção para sobrepor o problema da dor (Tabela 03).

Tabela 03. Escores da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas de pacientes com dor crônica neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017.

Fatores	n	Média±desvio padrão ²	Mediana	Valor P ¹
Focalização no problema	61	3,34±0,58 a	3,38	<0,002
Focalização na emoção	61	2,75±0,71 b	2,73	
Práticas religiosas	61	3,45±0,75 a	3,57	
Suporte social	61	3,15±3,40 a	3,40	

¹Valor de p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a p<0,05.

²Letras diferentes na mesma coluna diferenciam-se entre si pelo teste de comparação múltipla de Tukey a p<0,05.

Como somente o fator 2 apresentou diferença significativa, o escore desse fator foi avaliado de acordo com as variáveis de caracterização amostral. De acordo com a análise desse fator 2 em relação às variáveis de caracterização, não houve casos de existência de diferenças significativas, pressupondo que as variáveis avaliadas não influenciaram na focalização da emoção para lidar com a DCN(Tabela 04).

Tabela 04. Testes descritivos dos escores do fator 2 focalização na emoção para os pacientes com dor crônica neuropática. São José do Rio Preto/SP, 2017.

Estatísticas descritivas	N	Média±desvio padrão	Mediana	Valor de p
Sexo				
Feminino	35	2,76±0,71	2,73	0,833 ¹
Masculino	26	2,72±0,72	2,73	
Faixa etária				
Até 59 anos	44	2,84±0,67	2,80	0,120 ¹
60 anos ou mais	17	2,50±0,76	2,46	
Estado conjugal				
Com companheiro	38	2,88±0,69	2,86	0,054 ¹
Sem companheiro	23	2,52±0,69	2,53	
Escolaridade				
Fundamental	36	2,76±0,75	2,73	0,601 ²
Médio	15	2,84±0,76	2,73	
Superior	10	2,55±0,49	2,60	
Causa da dor				
Acidente	16	2,94±0,61	2,80	0,185 ²
Doença	24	2,65±0,79	2,73	
Outras	16	2,56±0,61	2,60	
Não sabe	5	3,21±0,76	3,46	
Mudanças após a dor				
Problemas emocionais	26	2,83±0,67	2,86	0,420 ¹
Problemas físicos	35	2,68±0,74	2,66	
Como lida com a dor				
Atitude negativa	19	2,66±0,81	2,66	0,571 ¹
Atitude positiva	42	2,78±0,66	2,73	

¹Valor de p referente ao teste t para amostras independentes a p<0,05.²Valor de p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a p<0,05.

DISCUSSÃO

Dos 61 pacientes com DCN, em sua maioria era mulheres, baixa escolaridade, com companheiro, idade média produtiva, doenças como a causa principal da dor, enfrentamento da DCN com atitudes positivas, apesar dos problemas físicos como as principais mudanças após a dor. Esses resultados corroboram com os achados de outro estudo com trabalhadores de uma instituição de ensino de Tocantins, em que a maioria afetada pela DCN era mulheres quando comparada com os homens, mas observaram a DCN em jovens (mediana de 35,5 anos de idade), mostrando que a DCN está afetando cada vez mais a população adulta jovem.¹²

Quando relacionado às variáveis demográficas e clínicas, não foram observadas diferenças significativas entre o enfrentamento destes pacientes e as variáveis: sexo, estado conjugal, escolaridade, causa da dor e mudanças após a dor. Apesar disso, houve diferença estatisticamente significativa com relação à faixa etária e a forma de lidar com a dor. Resultados diferem dos resultados do estudo, que avaliou os pacientes com DCN decorrente de lesão medular traumática realizado em duas instituições no município de São Paulo, em que a maioria era do sexo masculino, jovens, com idade entre 30 e 39 anos e os pacientes avaliados com DCN não tiveram diferenças significantes em relação variáveis clínicas estudadas.¹³

No que se refere à faixa etária, este estudo detectou que jovens e adultos apresentaram maior escore de DCN quando relacionados com os idosos, que têm melhor atitude em relação à dor. Possivelmente, pelos idosos acreditarem que este sintoma de dor seja natural ao processo fisiológico do envelhecimento e as comorbidades crônicas associadas. Desta forma, é mais desafiador de se obter resultados reais, na avaliação da dor, podendo gerar resultados errôneos, e prejudicando uma abordagem terapêutica adequada.¹⁴

Estudo realizado com pacientes do Canadá, Dinamarca, Índia e Taiwan foi observado que nos indivíduos que possuíam maior depressão e catastrofização apresentavam maior intensidade de dor e comorbidades, indo ao encontro com os resultados encontrados no presente estudo, em que os indivíduos que tendem a um pensamento negativo sentem maior intensidade de dor auxiliando, dessa forma, o desenvolvimento de depressão e ansiedade.¹⁵

O presente estudo observou que a maioria dos homens com DCN tinha alexitimia, ou seja, esses podem ter uma dificuldade maior em externar suas emoções e sentimentos corporais para outras pessoas quando comparados com as mulheres. Em relação às mudanças após a dor, os problemas físicos foram relevantes estatisticamente quando comparados com os emocionais, tendo em vista isso, a alexitimia apresentou relação significativa com o fator 3, que são as práticas religiosas/pensamento fantasioso. Os resultados do nosso estudo discordam da pesquisa de renais crônicos em tratamento de hemodiálise, que apresentaram ausência de alexitimia, podendo ser justificados pelo apoio psicológico contínuo durante o seu tratamento que os mesmos possuem.¹⁶

Com aplicação da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas os maiores escores foram nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema, estando de acordo com estudo sobre a dificuldade de expressão ou ausência de sentimento, em que observou que muitos têm prejuízo na parte psicossocial, e por meio da espiritualidade

conseguem ter pensamentos e sentimentos positivos, enfrentam com maior facilidade as situações difíceis do dia a dia.¹⁷

Uma pesquisa longitudinal sobre as estratégias de enfrentamento da dor em pacientes durante o primeiro ano após lesão medular observou que os fatores psicossociais e as estratégias de enfrentamento à DCN apresentaram correlação com a intensidade da dor e o desconforto, ou seja, que a dor atrapalha sua vida e apresenta impacto negativo.¹⁸

O enfrentamento focado na emoção refere-se à tentativa das pessoas em regular a resposta emocional que foi gerada pela situação estressante da dor e geralmente é utilizado quando um problema é incontrolável e algumas estratégias comportamentais ou cognitivas podem ser utilizadas como: uso excessivo de álcool, tabaco, drogas, excesso de exercícios físicos, fuga, minimização do problema, distanciamento e atenção seletiva.¹⁹

Dos 61 pacientes com DCN apresentaram os maiores escores nas práticas religiosas, sendo esses resultados estão de acordo com estudo que observou que a incorporação da espiritualidade apresenta relevância e reconhecimento como indicador de saúde, na busca da promoção de um cuidado integral e por retratar o perfil já conhecido dos brasileiros relacionados à religiosidade.²⁰ Também foram encontrados resultados semelhantes na pesquisa sobre enfrentamento da DCN, em que a religiosidade e a espiritualidade mostraram-se associadas ao controle do estresse envolvido no processo da dor.²¹

O suporte social teve o segundo maior escore pelos pacientes com DCN e indicou a busca por apoio no sistema de saúde, evidenciando a importância da qualidade e disponibilidade do setor da saúde para ajudar tais pacientes. Um estudo de revisão sobre os fatores psicossociais, intrapsíquicos, psiquiátricos e psicocomportamentais que influenciem a natureza, gravidade, persistência da DCN verificou que o apoio social é um importante componente de controle e gerenciamento da participação ativa dos pacientes em seus cuidados de saúde em relação à dor.²²

A focalização no problema foi o terceiro maior escore, que observamos, sendo que esse fator indica a parcela de racionalidade dos pacientes que focam em compreender o problema. Uma pesquisa de revisão bibliográfica destaca que a DCN é um grave problema de saúde pública mundial, sendo considerada uma doença crônica cuja gestão do seu controle, ainda é inadequada.²³

Em contrapartida, o fator da focalização na emoção foi o que apresentou menor escore, pressupondo que os pacientes com DCN não utilizam a emoção para sobrepor o problema da dor e esse fator foi o único que apresentou diferença significativa com as variáveis de caracterização amostral.

Estudo afirma que a dor é íntima de cada um, porém sua base geralmente está em cultura, sociedade, relacionamentos e educação, estando presente assim, tanto na expressão corporal como na impressão que cada indivíduo possui.²⁴

A estratégia de enfrentamento da DCN mais utilizada é a atividade religiosa, sendo que o estresse recorrente pode ser controlado por meio da atuação no hipotálamo-pituitária-adrenocortical²⁵. É também comprovada melhora nos indicadores de saúde mental, como também melhor adaptação ao estresse e maior encorajamento no dia a dia com a prática religiosa.²⁶ Entretanto, não foi comprovado o efeito fisiológico das práticas religiosas em seus sintomas físicos no controle da dor.²⁷

Em relação à DCN, outro estudo realizado com 281 pacientes observou associação de estratégias de enfrentamento da dor e medidas de humor em relação ao funcionamento da saúde.²⁸

As estratégias de enfrentamento da DCN necessitam buscar por programas psicoeducativos coordenados por psicólogos por meio de textos, palestras, demonstrações, treinamentos, técnicas de relaxamento e solução de problemas para o controle da dor.²⁹

Os profissionais de saúde necessitam desenvolver assistência de forma holística, valorizando não apenas a religiosidade, mas também a espiritualidade do paciente, independente de credo ou convicções religiosas, podendo assim contribuir com o seu bem-estar, o enfrentamento de doenças e melhoria da qualidade de vida.³⁰

CONCLUSÃO

As estratégias de enfrentamento dos pacientes com dor crônica neuropática de acordo com a aplicação da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas foram nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema. Somente o fator 2, que é enfrentamento focalizado na emoção apresentou diferença significativa no enfrentamento da dor. Assim, esse fator foi correlacionado com as variáveis de caracterização sociodemográficas, intensidade da dor e alexitimia e não houve diferença significativa, quanto ao gênero, estado conjugal, escolaridade, causa da dor e mudanças após a dor, pressupondo que as variáveis avaliadas não influenciaram na focalização da emoção para lidar com a dor crônica neuropática. Entretanto, houve diferença estatisticamente significativa com relação à faixa etária e a forma como os pacientes lidam com a dor.

Com relação à alexitimia dos pacientes com dor crônica neuropática evidenciou que são alexitímicos, com dificuldades em expressar suas emoções, sentimentos e sensações corporais. Nesse sentido, recomenda-se a realização de mais estudos com pacientes com dor crônica neuropática, visto que estes podem necessitar de intervenção da equipe multidisciplinar, psicoterapia, assistência holística e reabilitação psicossocial adequada para superação da condição dolorosa que vivenciam.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, de 03 de outubro de 2012. Seção 1:54-58.
3. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Costa MML. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. J Res Fundam Care. 2015;7(1):1883-90.
4. Oliveira RM, Silva LM. Dor crônica associada à AIDS: perspectiva de enfermeiros e médicos. Rev Bras Enferm. 2014;67(1):54-61.
5. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [homepage na Internet]. OPAS/OMS; 2017 [acesso em 2019 Apr 29]. Governos devem intensificar esforços para o combate às doenças crônicas não-transmissíveis, alerta OMS [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5495:governos-devem-intensificar-esforcos-para-o-combate-as-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-alerta-oms&Itemid=839
6. Souza I. Resiliência e dor crônica: construção de um perfil de resiliência [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
7. Gimenes MG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In: Gimenes MG, organizadora. A mulher e o câncer. São Paulo: Psy II; 1997. p. 111-47.
8. Posso IP, Palmeira CCA, Vieira EBM. Epidemiology of neuropathic pain. Rev Dor. 2016;17(Suppl 1):11-4.
9. Yoshida EM. Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. Psicol Reflex Crit. 2007;20(3):389-96.
10. Yoshida EMP. Toronto alexithymia scale-TAS: precisão e validade da versão em português. Psicol Teor Pratic. 2000;2(1):59-74.

11. Morero JA, Bragagnollo GR, Signorini SM. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Rev Cuid*. 2018;19(2):2257-68.
12. Vasconcelos F. Dor crônica em trabalhadores de uma instituição de ensino do Tocantins: prevalência e fatores associados [dissertação]. Palmas (TO): Universidade Federal do Tocantins; 2017.
13. Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, acceptance, and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(1):80-92.
14. Oliveira CH, Martins EA, Montezeli JH, Souza TG, Dellaroza MS. Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: a luz da teoria de Callista Roy. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2017 Jan-Mar [acesso em 2019 Mai 10];16(1):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31804/19420>
15. Muere A, Tripp DA, Nickel JC, Kelly KL, Mayer R, Pontari M, et al. Depression and coping behaviors are key factors in understanding pain in interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(5):497-505.
16. Vides MC, Martins MRI. Bone pain assessment in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Dor*. 2017;18(3):245-9.
17. Freire L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicol Teor Pesqui*. 2010;26(1):15-24.
18. Taylor J, Huelbes S, Albu S, Gómez Soriano J, Peñacoba C, Poole HM. Neuropathic pain intensity, unpleasantness, coping strategies, and psychosocial factors after spinal cord injury: an exploratory longitudinal study during the first year. *Pain Med*. 2012;13(11):1457-68.
19. Pereira TB, Rodrigues VLB. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2016;8(1):24-31.
20. Borges MS, Santos MB, Pinheiro TG. Social representations about religion and spirituality. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):609-16.
21. Rizzardi CD, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *Mundo Saúde*. 2010;34(4):483-7.
22. Assumpção K. Resenha do livro *Antropologia da dor*. *Rev Pensata*. 2014;4(1):121-8.
23. Perissinotti DMN, Portnoi AG. Aspectos psicocomportamentais e psicossociais dos portadores de dor neuropática. *Rev Dor*. 2016;17(Suppl 1):79-84.
24. Fonseca PR, Gatto BE, Tondato VA. Post-trauma and postoperative painful neuropathy. *Rev Dor*. 2016;17(Suppl 1):59-62.
25. Andrade MR. Dor Crônica na Atenção Primária - Um Problema de Saúde Pública [monografia na Internet]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [acesso em 2019 Mai 13]. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VRNS-9SPE3X/tcc_nescon.pdf?sequence=1

26. Siqueira DS, Costa BEP, Figueiredo AEPL. Coping e qualidade de vida em pacientes em lista de espera para transplante renal. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(6):582-9.
27. Aquarone RL. Dor neuropática: implicações na qualidade de vida de pessoas com lesão medular [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.
28. Baastrup S, Schultz R, Brødsgaard I, Moore R, Jensen T, Vase Toft L, et al. A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scand J Psychol.* 2016;57(6):516-22.
29. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(3):213-9.
30. Menezes TM. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e22522.

3.2. MANUSCRITO 02

Enfrentamento em Pacientes com Dor Neuropática na Perspectiva da Psicanálise

RESUMO

Introdução A dor crônica neuropática apresenta um caráter intenso perante os pacientes diagnosticados, ocasionando aumento do quadro depressivo e comprometendo as atividades cotidianas do indivíduo. **Objetivo** Compreender o cenário da dor crônica neuropática e enfrentamento das pessoas na perspectiva psicanalítica. **Casuística e Métodos** Estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa realizado no Ambulatório da Clínica da Dor de um Ambulatório Escola no interior do noroeste paulista, com 61 pessoas com diagnóstico médico de dor crônica neuropática. Para a coleta de dados foram utilizadas às entrevistas preliminares, que foram gravadas e transcritas. Os relatos dos participantes e os registros foram examinados por meio da análise de discurso. **Resultado** A partir da análise de discurso no cenário do enfrentamento da dor crônica neuropática constatou-se duas categorias práticas religiosas e a alexitimia. Os resultados na análise qualitativa propiciaram a conscientização da relação direta da dor com a mente na perspectiva psicanalítica. **Considerações Finais** Neste estudo observou-se que a perspectiva psicanalítica é uma das alternativas para o enfrentamento da dor crônica neuropática na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Dor; Enfretamento; Estratégias de Enfrentamento; Dor crônica.

1. INTRODUÇÃO

A dor ocasiona impactos negativos na vida de um indivíduo, acometendo grande parte da população, e um dos maiores desafios para os profissionais da área de saúde. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial.¹

A dor é classificada em dois tipos: aguda, que surge de um dano ou ameaça para o tecido não-neural e não desaparece com o tratamento, sendo causada por uma inflamação, infecção, lesões, entre outros e a dor crônica (DC), que é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, podendo ser compreendida também como dor que persiste após o tempo de cicatrização normal, ou seja, não responde aos tratamentos comuns, e persiste por vários meses até anos.²

A DC é subdividida em outros dois tipos: central acometendo o sistema nervoso somatossensorial central, e o periférico, que acomete o sistema somatossensorial periférico.³

A definição da DC torna-se interessante ao situar a dor no limite entre o físico e o psíquico, descrevendo a dor como uma sensação que pode nascer de uma lesão ou até mesmo na sua ausência.⁴ A dor pode ser causada por um dano real, mas também surge no plano da emoção, por meio de uma experiência sensível que transcende o plano real da lesão.⁵

A dor crônica neuropática (DCN) é a DC mais prevalente, que possui etiologia incerta, sendo que milhões de pessoas sofrem desse tipo de dor e provoca incapacidades e inabilidades prolongadas, afetando negativamente o funcionamento físico, mental e social, agravando a qualidade de vida.⁶⁻⁷

Pesquisadores apontam que 8% da população geral apresentam sintomas de DCN e que a cada 100 pacientes, apenas 15 procuram auxílio médico para tratar esse tipo de dor.⁸

A DCN é o resultado de lesões nos nervos da coluna ou no cérebro, A DN pode originar-se através de traumatismos, uso de substâncias tóxicas, tumores que causam compressão, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, entre outras causas.⁹

Estudos apontam que nossos pensamentos, emoções e memórias podem influenciar fisiologicamente na dor, assim como o excesso de pensamentos negativos, impactam na percepção de dor.⁶⁻¹⁰ Com a continuidade da dor, os pacientes são levados a procurar serviços de saúde, sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil.¹¹⁻¹²

As pessoas com DCN procuram vários tipos de tratamentos como farmacológicos, chás, pilates, massagens, acupuntura, hipnose, hidromassagem, termoterapia entre outras terapêuticas.¹³ Entretanto, quando essas terapias não surtem o efeito esperado, há um sofrimento psicológico, causado pela insatisfação com o plano terapêutico, levando a procurar por estratégias farmacológicas, que geram maior gasto financeiro.¹¹⁻¹³

Desta forma, este estudo teve como objetivo compreender o cenário da dor crônica neuropática e o enfrentamento dessas pessoas na perspectiva psicanalítica.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que foi realizado no Ambulatório da Clínica da Dor da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto. Participaram deste estudo 61 pacientes com diagnóstico médico de Dor Crônica Neuropática, no período de agosto a dezembro de 2017.

Para coleta de dados foi utilizado às entrevistas preliminares, que foram gravadas, transcritas e analisadas pela Análise do Discurso, conforme apontam Caregnato e Mutti,¹⁴ ao tomar o discurso como objeto. Das entrevistas transcritas, foi realizada uma escuta de cada

paciente do estudo, agrupando-os em categorias temáticas, com o objetivo de possibilitar uma melhor compreensão e síntese dos resultados. As categorias foram organizadas de acordo com a similaridade e das entrevistas emergiram duas categorias dispostas nos resultados.

Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob o nº CAAE: 62298816.0.0000.5415 e os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 61 pessoas com dor neuropática a maioria era constituída de mulheres, com idade produtiva, baixa escolaridade, com companheiro, doenças como a causa principal da dor, enfrentamento DCN com atitudes positivas apesar dos problemas físicos como as principais mudanças após a dor.

Estudo observou resultados semelhantes aos achados de nossa pesquisa em que os pacientes avaliados com DCN apresentaram as mesmas características demográficas.¹⁵

Por meio da análise de discurso das entrevistas preliminares na perspectiva psicanalítica levantamos duas categorias: práticas religiosas e alexitimia. Pesquisadores destacam que a estratégia de enfrentamento da DCN mais utilizada é a atividade religiosa, sendo observado melhora da saúde mental, adaptação ao estresse e maior encorajamento no dia-a-dia.¹⁶

3.1 Práticas Religiosas

A proposta do trabalho em compreender as estratégias de enfrentamento na perspectiva da Psicanálise, nos obriga primeiramente a entender o que é a dor e como ela além de física, torna-se uma dor psicológica. Para isso vamos revisitar autores que se dedicaram a esclarecer tal cenário.

Tratando-se da questão da Saúde Mental, atualmente está ocorrendo uma transmissão cultural, no nível da cultura de massas, fazendo com que males que antes não eram medicáveis e passavam como fatos da vida ou problemas que eram abordados pelo ângulo da religião são percebidos como uma demanda da saúde. É então que a psicologia e a psicanálise começaram a se popularizar e os pacientes passaram a buscar ajuda dentro dos consultórios.¹⁷

O atendimento dos profissionais da Saúde necessita superar os modelos tradicionais e utilizar recursos psicossociais na busca da atenção integral, sendo ainda insuficiente, por se

tratar de dores não identificáveis ou diagnosticadas.¹⁸ Tal cenário nota-se a necessidade de uma abordagem psíquica, em que o paciente precisa encontrar dentro de si a causa da dor.

Como questiona Wittgenstein em *Investigações Filosóficas*: “A dor é a prova de que nosso corpo é psíquico?” Outros questionamentos sobre as manifestações dolorosas tornaram-se fontes de discussões, além do âmbito médico, atingindo diferentes campos da saúde. Especialmente pela dificuldade em diagnosticar e propor tratamentos aos pacientes que sofrem de uma dor que não apresenta indícios físicos.⁹

Para entender essa relação, é preciso compreender que a DCN se apresenta como a forma do adoecer e não pode ser capturada pela objetividade da Medicina. Já que o médico necessita de algo como objeto para regulação das variáveis anatômicas e biológicas, o projeto objetivista da medicalização é insuficiente, e a psicanálise busca restabelecer o lugar do paciente diante da sua dor.⁹

A DCN é também entendida como doença psicossomática, lançando-se no campo psi, devido sua definição turva e também diante da ausência de sinais físicos que permitam um diagnóstico mais preciso. Dessa forma ela convoca os profissionais da área a discutirem sobre tal doença.⁹

Ainda que até o momento, a dor tenha sido pouco explorada por psicanalistas, é possível observar com grande frequência os apontamentos da literatura sobre pacientes com dores sem causa orgânica identificada pelos médicos. Uma vez que a medicina sozinha não é capaz de responder tais questões e tratar tais síndromes, os psicanalistas sentem-se na obrigação de responder as possíveis questões sobre a dor.¹⁹

Segundo Birman o corpo torna-se o meio pelo qual a dor e o sofrimento são expressos, supondo que encontrem empecilhos para se manifestar no campo psíquico. Dessa forma torna-se necessário entender qual destino deve ser dado para aquilo que não pode ser representado.²⁰

Seguindo essa linha de raciocínio, é possível concordar que esses eventos podem seguir o destino do corpo como uma tentativa de se fazer representar.²¹

Nesse cenário é possível entender a afirmação sobre a dor clamar por um nome. É então o psicanalista que irá permitir e instruir que o paciente resgate e dê sentido e um nome para tal dor, como “uma ordem que surge”.²²

Afinal, sabemos da relação entre a Medicina e a Psicanálise, marcada por conflitos e rupturas, mas também por interlocuções que contribuíram para caracterizar os campos do saber atualmente, sendo ambas responsáveis por apresentar e constituir discursos que expliquem a evolução da dor na humanidade.²³

O caráter genial de Freud foi responsável por demonstrar que os sintomas conversivos da histeria não seguiam a lógica do corpo físico, mas sim a lógica do corpo representado. Freud deparou-se com os impasses da histeria, o que o permitiu constituir as especificidades de um campo do saber e da prática clínica.²⁴

Freud, no início do século XX, lançou críticas à medicina positivista as quais se dirigiam a uma leitura objetivistas dos sintomas e ignoravam o fato de que a linguagem e expressão do paciente narravam a sua enfermidade. As narrativas do sofrimento com referência no psíquico é totalmente distinta da narrativa focalizada no somático, já o mal estar sempre aparece inscrito no discurso, sendo considerado tanto somático quanto psíquico.²⁵

Em um de seus textos tardios, “Algumas lições elementares da psicanálise”, Freud se refere à dicotomia cartesiana, na qual toma posição representada no estudo, sobre a estreita relação entre os fatores psíquicos e somáticos:²⁶

(...) não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em altos graus dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos. Se alguma vez o pensamento humano se encontrou num impasse, foi aqui.²⁶

Então Freud aproxima-se da dor e da angústia, definindo-a como uma manifestação do humano devido a um sinal da falta. E por fim, Násio distingue-se, na leitura de Freud, tratando a dor como uma manifestação da perda e a angústia como a ameaça da perda.²⁷

O autor Berlinck,²⁸ em seus estudos sobre Freud, analisa uma carta do mesmo, enviada para Pfister, e conclui que a dor que se manifesta na catástrofe e na perda desse objeto de angústia, ocorre como um sinal de persistência da catástrofe, e constituem na ótica freudiana, o corpo humano, que está permanentemente sob ameaça.

Assim, podemos localizar a dor na obra de Freud como ligada ao excesso de tensão, a qual apresenta consequências tanto para o corpo físico quando para o corpo psíquico, sendo a própria dor a indiferenciação dos limites e das fronteiras. O que nos sugere que a dor física e a dor psíquica talvez sejam indissociáveis.²⁹

Para compreender o porquê de a prática religiosa ser uma das maiores estratégias de enfrentamento da DCN, antes precisamos compreender a religião dentro da psicanálise. Seria impossível realizar essa investigação sem entender o que Freud diz sobre isso.

Ao investigar a religião, precisamos entender o comportamento de Freud frente a essa vertente, desde as suas influências até a variação dos seus dois discursos, o científico e o analítico. O homem Freud, ateu confesso, judeu não praticante e filho do iluminismo chama

atenção pela sua característica ambivalente no decorrer de sua vida. Exímio crítico das verdades religiosas, considerando por algumas vezes em sua teoria como uma neurose obsessiva universal ou ilusão que aplaca a dor do desamparo da vida.³⁰

O preconceito sobre o conteúdo religioso no discurso do paciente precipitava as análises, fazendo tal discurso parecer patologizante. Isso impedia a possibilidade de a experiência religiosa estar a serviço da saúde psíquica. Entretanto Freud percorre durante sua vida uma trajetória atravessada de influências religiosas, desde a sua aproximação na universidade com os ideais iluministas e seus pensadores dedicados à investigação do fenômeno da religião; como também seu amigo próximo Oskar Pfister, um homem inteiramente religioso; sua admiração pela figura de Moisés e o Monoteísmo.³¹

Esse percurso nos chama atenção, pois mesmo Freud sob influência cientificista de sua época, conseguiu avançar frente ao cenário ao elaborar a teoria psicanalítica independente de tais influências. Freud se posiciona frente à religião de dois modos diferentes, sendo uma delas originadas da ciência da época, e outra da sua própria perspectiva e análise a partir das construções teóricas da psicanálise. Assim, nascem os dois discursos freudianos: o discurso cientificista e o discurso analítico. O discurso analítico ganha força conforme Freud, em seus ensaios, passa a admitir que todo aquele tomado pela pretensão de avaliar o futuro de uma civilização inevitavelmente esbarra nas limitações da própria subjetividade, na construção de experiências e no modo como se posiciona diante dos fatos da vida.³²

Precisamente num juízo desse tipo as expectativas subjetivas do indivíduo desempenham um papel difícil de avaliar, mostrando ser dependente de sua própria experiência, do maior ou menor otimismo de sua atitude para com a vida, tal como lhe foi ditada por seu temperamento ou por seu sucesso ou fracasso.³³

A relevância da religião começa a se consolidar no discurso de Freud, quando o mesmo disserta sobre a definição de *Weltanschauung* (visão de mundo), na qual refere-se aos campos da cultura humana importantes e dotadas da sua própria visão de mundo, sendo elas: a arte, a filosofia e a religião.³⁰

A posição de Freud frente à religião como *Weltanschauung*: “dos três poderes que podem disputar a posição básica da ciência, apenas a religião deve ser considerada seriamente uma adversária”. Em seu discurso Freud admite a importância da religião devido ao que ela oferece aos seus adeptos e que aderem, três funções básicas: saciar a sede humana por conhecimento (oferecendo explicações para os enigmas do universo); trazer consolo diante dos sofrimentos da vida (oferecendo a certeza de uma providência divina e a recompensa

sobre a vida após a morte); o controle das relações entre os homens (devido as proibições e restrições).³⁴

A última contribuição à crítica da *Weltanschauung* religiosa foi feita pela psicanálise, ao mostrar como a religião se originou a partir do desamparo da criança, e ao atribuir seu conteúdo à sobrevivência, na idade madura, de desejos e necessidades da infância. Isto não significou necessariamente uma contestação à religião; não obstante, representou um ajustamento de nosso conhecimento a seu respeito e, pelo menos em um aspecto, foi uma impugnação, de vez que a própria religião se arroga uma origem divina. E, na realidade, nisto parece estar correta, desde que seja aceita nossa interpretação de Deus.³⁴

A religião vista sob a ótica da psicanálise freudiana pode ser interpretada de duas formas: primeiro as concepções mais conhecidas, relativas a textos específicos; e as breves e importantes colocações do autor que criam a possibilidade de construir novos dizeres. O pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras gastas. Nele, cada noção possui vida própria. É o que se chama precisamente a dialética. [...] O que está é a subjetividade do sujeito, nos seus desejos, na sua relação com seu meio, com os outros, com a própria vida.³⁵

É possível notar o interesse de Freud pela pesquisa da prática religiosa, aceitando como um campo de conhecimento, aliado à psicanálise, pois possibilitam um estudo mais completo e abrangente do fenômeno religioso, considerando sua complexidade. Uma vez que aceita e ressalta as limitações da psicanálise, reconhecendo a importância dos outros saberes que se ocupam daquilo que foge à psicanálise. Afinal, tais saberes ampliariam as contribuições psicanalíticas. Como uma psicologia profunda, uma teoria do inconsciente mental, pode tornar-se indispensável a todas as ciências que se interessam pela evolução da civilização humana e suas principais instituições como a arte, a religião e a ordem social. Mas essas são apenas pequenas contribuições em confronto com o que poderia ser alcançado se historiadores da civilização, psicólogos da religião, filólogos e assim por diante concordassem em manejar o novo instrumento de pesquisa que está a seu serviço. O emprego da análise para o tratamento das neuroses é somente uma das suas aplicações; o futuro talvez demonstre que não é o mais importante. Seja como for, seria errôneo sacrificar todas as outras aplicações a essa única, só porque diz respeito ao círculo de interesses médicos. Os diálogos com o amigo próximo Oskar Pfister foram primordiais para uma visão positiva frente a religião, através da amizade cordial Freud e Oskar dialogam sobre a psicanálise e a religião.³⁶

Em trechos de correspondências Freud diz: A psicanálise em si não é nem religiosa nem antireligiosa, mas um instrumento apartidário do qual tanto o religioso como o laico poderão servir-se, desde que aconteça tão somente a serviço da libertação dos sofredores.³⁷

Embora alguns meios psicanalíticos tivessem a impressão da psicanálise assumir uma posição antireligiosa, é muito significativa a afirmação de Freud que esta não se configura como antireligiosa. E assim é possível compreender a experiência religiosa, onde Freud não inviabiliza o uso da psicanálise por parte dos que creem, sejam na condição de analistas ou analisados. Afirmando que o objetivo maior deve ser sempre alcançado, libertar os sofredores. Em muitas situações clínicas, a libertação do sofrimento começa exatamente a partir da vivência de uma experiência religiosa.³⁸

Se a aplicação do método psicanalítico torna possível encontrar um novo argumento contra as verdades da religião, mas os defensores desta, com o mesmo direito, poderão fazer uso da psicanálise para dar valor integral à significação emocional das doutrinas religiosas.³³

Concordamos com Ricouer³⁹ em que o freudismo já reforçou a fé dos descrentes, porém na verdade mal começou a purificar a fé dos crentes.³⁹ Considerando Freud um grande incentivador do estudo da religião, com a intenção de conhecer mais do universo humano, e com isso melhorar a prática clínica. Encontrando respaldo necessário para acreditarmos que os profissionais que se dedicam a prática de clinicar, precisam e devem conhecer o universo religioso, em todas as suas diversidades e manifestações. Sendo constatado que, a religião nunca mais foi a mesma depois de Freud.⁴⁰

3.2. Alexitimia

Ao constatar a presença da alexitimia nas pessoas com DCN compreendemos a necessidade de ampliar nossos conhecimentos sobre alexitimia, sentindo falta de respaldo para tratar o paciente nessa situação. A alexitimia é a dificuldade para usar uma linguagem apropriada para pensar e escrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais; capacidade extremamente pobre de fantasiar e imaginar.^{23,41}

Pesquisadores definem que alexitimia é um construto multidimensional, integrado por dificuldades de identificar e descrever sentimentos subjetivos; fazer distinção entre emoções e sensações físicas; escassez de sonho e incapacidade de simbolizar ou fazer relação de afeto e fantasia; um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para realidade externa.⁴²⁻⁴³

A alexitimia é considerada um traço de personalidade e estima-se que prevaleça em torno de 10% da população, sendo as taxas mais altas associadas a idade avançada, menor escolaridade e menor nível sócio-econômico.⁴⁴

A literatura considerou que pacientes alexitimicos tem um mundo interno pobre, por isso dedicam-se exaustivamente à realidade externa, tornando-se dependentes e adaptados à ela. Uma vez que as percepções carregadas de afeto se afastam da mente, as tensões físicas não conseguem ser processadas no psíquico, permanecendo no corpo físico, ocasionando os sintomas e por consequência a dor.⁴⁵

Consideram-se os sintomas da pessoa com alexitimia sejam expressões da doença dos sentimentos, conseqüente da dificuldade no estabelecimento do contato afetivo real e na expressão da capacidade de criação e ciência. Os pacientes são pessoas que não sonham ou se mostram incapazes de transmitir seus sonhos, quando relatam, estes aparecem como uma forma pragmática do pensamento.⁴⁶

Essas pessoas por serem incapazes de identificar os seus estados afetivos, acabam se tornando inábeis para refletir e regular as emoções, com isso acabam se comunicando emocionalmente de forma muito pobre, o que ocasionam falhas ao atrair os outros para receber ou dar ajuda e conforto. São pessoas que frequentemente sofrem por problemas psicossomáticos e problemas emocionais. A impossibilidade de expressar seus interesses emocionais impedem a vida de mão dupla dos relacionamentos, dificultando ou inviabilizando a reciprocidade referida.²³

Os pacientes apresentam incapacidade para experimentar a satisfação e prazer, afetos do bem-estar passam a ter fraca percepção do suporte social, possuem pouca habilidade social. Como também apresentam uma limitada capacidade em desempenhar o papel parental e autoprotetor, esperando que outra pessoa faça isso por eles. A autora ainda propõe uma regressão na expressão dos afetos, geralmente devidos a fatos traumáticos na idade adulta.⁴⁷

A alexitimia é a reação aos efeitos de traumas ou doenças sérias, originando-se situações traumáticas na infância ou intensos na fase adulta. Essas experiências traumáticas podem ser tão fortes que levam a alterações estruturais do funcionamento psíquico, afetando as emoções, trazendo complicações para a vida do indivíduo.⁴¹

Estudo observa a associação da alexitimia a muitos transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade e dependência química.⁴⁸ Os alexitimicos são pessoas vulneráveis a desenvolverem alguma desordem de personalidade, como algumas patologias narcísicas ou transtorno psiquiátrico de ansiedade.⁴⁹

O tratamento é baseado no apoio à saúde mental através de psicoterapias que visam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes, nas quais ensinam a descrever e identificar os sentimentos. Essas habilidades podem incluir técnicas de reestruturação, resolução de problemas e eficácia de aprimoramento.⁵⁰

Frente a esse cenário, o terapeuta deve assegurar ao indivíduo que sua mente não está vazia, procurando dessa forma, dar sentido aos problemas do paciente. Uma vez que a relação médico-paciente muitas vezes apresenta-se com uma sensação de inércia nas consultas, como outras manifestações como: sentimento de paralisação interior, frustração, aborrecimento e tédio. Até mesmo o médico acaba se sentindo alexítimico.⁴⁵

Por isso é enfatizado a necessidade do médico em conhecer os processos de formação das estruturas psíquicas, e da importância da angústia. Em um estudo Dejours dividiu a angústia em duas categorias: a angústia somática, que não acompanha a afeto correspondente e não tem representação psíquica; e a angústia psíquica, que é acompanhada de afetos.¹⁸

Sem afeto, podemos nos sentir sem vida; sem afetos positivos, existem poucas razões para viver(...) sem afetos, não há alegria nem dor. Afeto é a fonte de toda intimidade... encorajando as pessoas a cavar profundamente em sua “alma” biológica – para encontrar empatia, comunicar seus interesses sinceramente e esperar reciprocidade para sua profundidade de sentimento.⁵¹

Diante do exposto, a alexitimia por suas características dirigidas para o externo, e por não ser uma doença, do sentido físico do termo, exige do médico muita atenção em relação ao seu paciente. O paciente alexítimico não percebe que é desajustado, frequentemente resistindo ao tratamento, uma vez que a terapia convencional, apoiada na verbalização das emoções tem pouco ou nenhum efeito sobre ele. Isso faz com que esses pacientes necessitam de terapias específicas, baseadas em processos de reeducação e aprendizagem emocional. Como exemplo, a regulação emocional, que é feita como a pessoa experimenta e expressa a emoção, de forma amortecida, minimizada ou intensificada, cultivada, permite a pessoa desenvolver ou não seus sentimentos.²³

A alexitimia pode ser interpretada também pela ótica de Freud. Uma vez que na modernidade freudiana o mal-estar era baseado nos conflitos psíquicos tornando-se o centro das questões, atualmente no mundo contemporâneo esse mal-estar na cultura é apresentado como dor. Tal dor aloja-se especialmente no corpo, a qual destitui as categorias de pensamento e de linguagem e expressão como eixos de orientação.⁹

A psicossomática é a tentativa atual de incluir como campo da psicanálise fenômenos que, por atingirem o corpo, eram considerados de domínio exclusivo da medicina. Ela, no entanto, e já desde sua relação problemática com a Histeria, marginalizou fenômenos psicossomáticos.

Os sentimentos são frequentes ao analisarmos as manifestações da doença e da dor crônica, raiva, decepção. É comum suposições como “se tal coisa acontecer a pessoa vai ficar doente” ou “poderá até morrer”, como também “reagir com um derrame”, “ter uma úlcera em consequência de”, entre muitas outras referências que exibem a doença como uma resposta aos conflitos vistos como impossíveis de resolver.

Segundo Groddeck,⁵² o sofrer no corpo está ligado muitas vezes a uma derivação do sofrer psíquico. Ele demonstrou de forma analítica que o corpo sofre quando a mente apresenta uma incapacidade de elaborar um produto do inconsciente. Com isso sugere que existe a necessidade de deixar o enfoque médico, seja do organismo ou de causas exteriores, e também sair do enfoque que limita o psicanalista aos produtos da mente. Não é apenas uma psicanálise aplicada, mas sim uma psicanálise do adoecer, a doença vista como manifestação de vida. Apesar dos contornos imprecisos da psicanálise, o autor busca investigar também a natureza dos sintomas que o paciente apresenta quando o corpo se torna o teatro de seus conflitos.

Com isso, refletindo sobre a somatização, a clínica psicossomática tem como objeto do tratamento em psicanálise o reconhecimento dos determinantes inconscientes e a transformação que o paciente produz, ao invés de dar foco na doença e no sintoma. Trata-se de um trabalho analítico feito por meio da linguagem, dando acesso ao sujeito do inconsciente do paciente, produzindo um efeito cura, uma vez que a psicanálise coloca para funcionar as extraordinárias capacidades da linguagem de transformar o corpo, pode fazer surgir como desaparecer os sintomas.⁵²

A “consulta psicossomática” consiste na escuta atenta da queixa na tentativa de relacionar tais sofrimentos à totalidade do paciente em sua existência, quando o sujeito pode e sabe falar sobre seus sentimentos, independente da natureza da queixa ou do sofrimento envolvido. O que não ocorre nos pacientes diagnosticados com alexitimia.

A escuta analítica é a forma de acompanhar e entender como se produz o paciente na sua própria linguagem de ser e viver. A escuta e fala é o que difere a forma da clínica psicossomática de uma intervenção médica, uma vez que esta permite o surgimento da verdade já presente, mas não anunciada e por isso produtora de sintomatizações. O ato analítico fundamental se resume em transformar a queixa do paciente em uma demanda, a fim

de ser analisada e partindo do pressuposto do desejo inconsciente. Na psicossomática ela se forma como uma demanda de investigação iniciando-se pelo sintoma e indo em direção à estrutura inconsciente que o determina. Sendo o sintoma psicossomático um fator que apresenta quase sempre uma necessidade de urgência, exigindo uma investigação mais diretiva.⁵²

Para a escuta é necessário ouvir a história do paciente, entronizada em seus sintomas, fazendo a queixa o ponto de partida da investigação da sua história. Analisando como o paciente fala, como descreve seus sintomas, como procura ajuda, como acentua os fatos e detalhes, como ele o prioriza, como esconde, o que o angustia, onde hesita, onde falha, onde gagueja, seus medos, como representa a morte e como são suas fantasias sobre morrer.⁵³

O sintoma é o ponto de partida, dividindo a queixa entre “orgânica”. “quase orgânica”, “aparentemente orgânica”, “psicossomática”, “nervosa”, “emocional”, “devida ao stress”, entre outras. Outra vertente é tratar-se de uma questão subjetiva, pois o sintoma psicossomático é uma queixa e uma questão subjetiva ao mesmo tempo, e assim na segunda vertente é que se inicia a investigação psicossomática analítica.

Pacientes psicossomáticos promovem a supressão do sentido de pensar e agir, destruindo a possibilidade de modificação e reorganização do pensamento e do sentimento, restando então o corpo para a “soma”, não podendo mais atribuir sentido, tornando-se um paciente inerte a sua dor.

4. Considerações Finais

Analisando qualitativamente as entrevistas das pessoas verificamos que o enfrentamento dos pacientes com dor crônica neuropática na visão psicanalítica emergiram duas categorias: as práticas religiosas e a alexitimia. Os resultados desse estudo propiciaram a conscientização da relação direta dor com a mente. E por meio da trajetória de Freud, os conceitos psicanalíticos foram de total importância para a compreensão do enfrentamento da DCN.

Ao compreendermos a relação da dor com a psique observa-se a necessidade dos profissionais da saúde estarem preparados para atendimento das pessoas com DCN, investigando não apenas o físico, mas também a mente. Assim, a psicanálise transforma-se em uma das alternativas no enfrentamento da DCN, minimizando a somatização e sendo uma das alternativas para buscar estratégias.

Salientamos a importância de estudos futuros que possam investir em novas reflexões acerca da importância e necessidade da psicanálise, como uma das alternativas para minimizar as despesas hospitalares em tratamentos, transformando os gastos com medicamentos, em um investimento no suporte e incentivo ao autoconhecimento do paciente com a dor crônica neuropática. Não apenas minimizando a dor, mas maximizando o efeito do enfrentamento e melhorando a qualidade de vida dessa população.

5. REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. p. 209-14.
2. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [homepage na Internet]. São Paulo (SP): SBED; 2019. [acesso em 2019 Mai 15]. Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública; [aproximadamente 6 telas]. Disponível em: <http://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>
3. Winterowd CL, Beck AT, Gruener D. Chronic pain [Internet]. New York (DC); 2003 [acesso em 2019 Mai 16]. [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/www.academyofct.org/resource/collection/AD192957-5755-466F-AF98-BB11C8FA00BD/Chronic_Pain.pdf
4. Loduca A, Müller BM, Amaral R, Souza ACMS, Focosi AS, Samuelian C, et al. Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. Rev Dor. 2014;15(1):30-5.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
6. Valero MC, Faria MQG, Lucca PSR. Avaliação e tratamento de dor crônica no paciente idoso. Rev Thêma et Scientia. 2015;5(2):129-38.
7. Kayser B, Miotto C, Dal Molin V, Kummer J, Klein SR, Wibelinger LM. Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. Rev Dor. 2014;15(1):48-50.
8. O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. Am J Med. 2009;122(10 Suppl): S22-32.
9. Santos NA, Rudge AM. Dor na Psicanálise - Física ou Psíquica? Revista Latinoam Psicol Fundam. 2014;17(3):450-68.
10. Reticena KO, Beuter M, Sales CA. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3):419-25.
11. Fonseca JC, Lopes MJ, Ramos AF. Pessoas com dor e necessidade de intervenção: revisão sistemática da literatura. Rev Bras Enferm. 2013;66(5):771-8.

12. Brandão PMC, Basset VL. Dor crônica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise. *Polêmica* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jan 27];15(3):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/19359/14154>
13. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Costa MML. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2015;7(1):1883-90.
14. Caregnato A, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84.
15. Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(1):80-92.
16. Siqueira DS, Costa BEP, Figueiredo AEPL. Coping e qualidade de vida em pacientes em lista de espera para transplante renal. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(6):582-9.
17. Brandão Júnior PM, Basset VL. Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. *Psicol USP*. 2012;23(3):523-38.
18. Dejours C. *A loucura do trabalho*. São Paulo (SP): Cortes; 1992.
19. Gomes DRG, Prochno CCSC. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?. *Saúde Soc*. 2015;24(3):780-91.
20. Birman J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
21. Lacan J. *O seminário. Livro 2. O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1997.
22. Foucault M. *A arqueologia do saber*. Petrópolis (RJ): Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro; 1972.
23. Breuer J, Freud S. Estudos sobre a histeria. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 15-297.
24. Freud S. Tratamento psíquico. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1988.
25. Freud S. Algumas lições elementares de psicanálise. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1996. p. 314-21.
26. Freud S. Inibições, sintoma e ansiedade. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1996. p. 303.
27. Nasio JD. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1997.
28. Berlinck MT. A dor. In: Berlinck MT, organizador. *Dor*. São Paulo (SP): Escuta; 1999. p. 7-22.
29. Pontalis JB. *Entre o sonho e a dor*. Aparecida (SP): Ideias & Letras; 2005.

30. Maciel KDSA. O percurso de Freud no estudo da religião: contexto histórico e epistemológico, discurso e novas possibilidades. Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco. Centro de Teologia e Ciências Humanas; 2007.
31. Ceccarelli PR, Franco S. Samuel. Religião ou Ilusão?: O embate Freud x Pfister. *Reverso*. 2014;36(67):75-83.
32. Rocha ZJB. A questão da diferença e do sujeito no horizonte filosófico da crítica da racionalidade moderna. *Síntese*. 1994;1(67):449-77.
33. Freud S. O futuro de uma ilusão (1927). Rio de Janeiro: Imago; 1976.
34. Freud S. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise: Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung (1933 [1932]). Rio de Janeiro: Imago; 1976.
35. Lacan J. O seminário: Livro I: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986. p. 9-12.
36. Wondracek KEK. O amor e seus destinos: A contribuição de Oskar Pfister para o diálogo entre teologia e psicanálise. São Leopoldo: Sinodal; 2005.
37. Freud S. Cartas entre Freud e Pfister (1909 – 1939). Viçosa (MG): Ultimato; 1998.
38. Maciel KDSA, Rocha ZJB. Freud e a religião: possibilidades de novas leituras e construções teóricas. *Psicol Cienc Prof*. 2008;28(4):742-53.
39. Ricoeur P. Da interpretação: ensaio sobre Freud. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1977.
40. Morano CD. Crer depois de Freud. São Paulo (SP): Loyola; 2003.
41. Sifneos PE. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):116-22.
42. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*. 2004;73(2):68-77.
43. Yoshida EMP, Silva FRCS. ESCALA de avaliação de Sintomas-40 (EAS-40: validade e precisão em amostras não-clínica. *Rev ABRAPEE*. 2007;11(1):89-99.
44. Gennarina DR. Alexithymia and executive function in younger and older adults. *Clin Neuropsychol*. 2015;29(7):938-55.
45. Silva AFR, Caldeira G. Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na Psicossomática. In: Melo Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.113-8.
46. Barros CASM. Comunicação em psicoterapia: aspectos descritivos. *Aletheia Rev Curso Psicol ULBRA*. 1997;(6):87-97.
47. McDougall J. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989.
48. Ho NS, Wong MM, Lee TM. Neural connectivity of alexithymia: Specific association with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2016;193(3):362-72.

49. Bach M, Bach D. Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychother Psychosom.* 1995;64(1):43-8.

50. Zeng F, Sun X, Yang B, Fu X. Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. *Asia Pac Psychiatry.* 2016;8(1):44-50.

51. Panksepp J. The affective brain and core consciousness: How does neural activity generate emotional feelings? In: Lewis M, Haviland-Jones J, Barrett L, organizers. *Handbook of emotion.* New York (NY): Guilford; 2008. p. 47-67.

52. Groddeck G. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática.* São Paulo (SP): Perspectiva; 1992.

53. Fonseca PR, Gatto BE, Tondato VA. Post-trauma and postoperative painful neuropathy. *Rev Dor.* 2016;17(Suppl 1):59-62.

CONCLUSÕES

4. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que as pessoas com dor crônica neuropática eram mulheres, com idade produtiva, baixa escolaridade, com companheiro, doenças como a causa principal da dor, enfrentamento da dor com atitudes positivas apesar dos problemas físicos como as principais mudanças, após a dor.

Os resultados quantitativos permitiram concluir que as estratégias de enfrentamento dos pacientes com dor crônica neuropática foram nas práticas religiosas, suporte social e focalização no problema. Não houve associações da dor com as variáveis: gênero, estado conjugal, escolaridade, causa da dor e mudanças, após a dor. Houve diferenças significativas nos escores da dor com a faixa etária e a forma como os pacientes lidam com a dor.

Os resultados na análise qualitativa propiciaram a conscientização da relação direta da dor com a mente na perspectiva psicanalítica; na análise de discurso das entrevistas emergiram duas categorias; práticas religiosas e alexitimia.

Ao compreendermos a relação da dor com a psique observa-se a necessidade de melhor preparo dos profissionais da saúde para a sua prática clínica. Neste estudo observou-se que a perspectiva psicanalítica é uma das alternativas para o enfrentamento da dor crônica neuropática e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. p. 209-14.
2. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [homepage na Internet]. São Paulo (SP): SBED; 2019. [acesso em 2019 Mai 15]. Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública; [aproximadamente 6 telas]. Disponível em: <http://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>.
3. Winterowd CL, Beck AT, Gruener D. New York (DC); 2003 [acesso em 2016 Dez 05]. Chronic Pain; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: http://c.ymcdn.com/sites/www.academyofct.org/resource/collection/ad192957-5755-466f-af98bb11c8fa00bd/Chronic_Pain.pdf?hhSearchTerms=%22pain%22.
4. Loduca A, Müller BM, Amaral R, Souza ACMS, Focosi AS, Samuelian C, et al . Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. Rev Dor. 2014;15(1):30-5.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1984.
6. Valero MC, Faria MQG, Lucca PSR. Avaliação e tratamento de dor crônica no paciente idoso. rev thêma et scientia. 2015;5(2):129-38.
7. Kayser B, Miotto C, Dal Molin V, Kummer J, Klein SR, Wibelinger LM. Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. Rev Dor. 2014;15(1):48-50.
8. O'Connor AB, Dworkin RH.. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. Am J Med. 2009;122(10 Suppl): S22-32.
9. Santos NA, Rudge AM. Dor na Psicanálise - Física ou Psíquica? Revista Latinoam Psicol Fundam. 2014;17(3):450-68.
10. Reticena KO, Beuter M, Sales CA. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3):419-25.
11. Fonseca JC, Lopes MJ, Ramos AF. Pessoas com dor e necessidade de intervenção: revisão sistemática da literatura. Rev Bras Enferm. 2013;66(5):771-8.
12. Brandão PMC, Basset VL. Dor crônica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise. Polêmica [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jan 27];15(3):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/19359/14154>.
13. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Costa MML. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. J Res Fundam Care. 2015;7(1):1883-90.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SOBRE A DOR

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS PARA A DOR

Guilherme Antonio Moreira de Barros

painDETECT

QUESTIONÁRIO SOBRE A DOR

Data: _____ Paciente: _____ Sobrenome _____ Prenome: _____

Como você avalia sua dor agora, neste momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
nenhuma											máxima

Qual a intensidade da dor mais forte, nas últimas 4 semanas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
nenhuma											máxima

Qual a intensidade da dor mais forte, nas últimas 4 semanas, em média?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
nenhuma											máxima

Por favor, assinale o principal local da sua dor




Sua dor irradia para outras regiões de seu corpo?
Sim Não
Caso positivo, favor indicar para onde irradia a dor.

Assinale a figura que melhor descreve a evolução de sua dor:

	Dor persistente com ligeiras variações	<input type="checkbox"/>
	Dor persistente com crises de dor	<input type="checkbox"/>
	Crises de dor sem dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>
	Crises de dor com dor nos intervalos	<input type="checkbox"/>

Você sente ardência nos locais assinalados? (p. ex., espinhos, ferroada)

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Você sente formigamento ou uma pontada no local da sua dor (como se fossem formigas ou pulso elétrico)?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Um toque leve no local (p. ex., com roupas ou um cobertor) já dói?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Você tem crises súbitas de dor nesse local, como choques elétricos?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Algo frio ou quente (p. ex., água do banho) nesse local chega a doer?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Você sente dormência nos locais assinalados?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

Uma leve pressão nesse local (p. ex., com um dedo) provoca dor?

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

A ser preenchido pelo médico

nunca quase imperceptível muito pouco moderada forte muito forte

x 0 = 0 x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Pontuação total de 35

Desenvolvimento/Referência: R. Freynhagen, R. Baron, U. Cockel, T.R. Tölle / Curr Med Res Opin, Vol 22, No. 10, 2006, 1911-1920. ©2005 Pfizer Pharma GmbH

Figura 1. Questionário "Pain Detect" para o paciente (6).

ANEXO 2 – ESCALA MODO DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMA (EMEP)

Anexo X – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.
2. Eu me culpo.
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.
5. Procuro um culpado para a situação.
6. Espero que um milagre aconteça.
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.
8. Eu rezo/ oro.
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.
13. Desconto em outras pessoas.
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou..
27. Tento esquecer o problema todo.
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.
29. Eu culpo os outros.
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

ANEXO 3 – ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS)

Escala de alexitimia de Toronto
(Toronto alexithymia Scale - TAS) (Taylor e cols.,1985)

Itens	DI	D	NS	C	CP
01. Quando choro, sempre sei por quê.					
02. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
03. Gostaria de não ser tão tímido.					
04. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
05. Frequentemente fico “sonhando acordado” sobre o meu futuro.					
06. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
07. Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
08. É difícil para mim, encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
09. Eu Gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado, não sei de estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15. Uso um bocado minha imaginação.					
16. Fico um tempão sonhando acordado, sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu					

corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com emoções e essencial.					
22. É difícil para mim, descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Efeito da intervenção educativa na qualidade de vida e nas estratégias de enfrentamento em pacientes com dor neuropática



Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem dor neuropática, que poderá aumentar o conhecimento a respeito de como melhorar seu tratamento.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Vamos te fazer várias perguntas do como sua dor, se você fica cansado demais por causa desse problema, se você tem medo de fazer exercícios porque pode piorar e se emocionalmente isso afeta sua qualidade de vida.

O objetivo desse estudo é verificar se esta dor afeta sua qualidade de vida e se através de uma intervenção educativa você consegue lidar melhor com ela e, se consegue ter estratégias que melhorem aspectos como seu humor, seu sono e sua rotina diária.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado por meio do profissional que já te atende a ir na Clínica da Dor, no mesmo ambulatório, participar de um grupo que vai estudar o seu problema.

O estudo será realizado da seguinte maneira: você fará parte de um grupo onde o psicólogo irá te avaliar através de questionários e exame clínico para descobrir o máximo de informações sobre seu problema.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Após isso participará de um



grupo educativo onde será passado um filme com enfoque educativo e verificado seu entendimento e sua adesão as práticas orientadas através de questionários reaplicados.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: mínimo. É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir se o baixo uso de tratamentos reflete dificuldades no acesso ao tratamento, ou informações inadequadas nas quais se baseia suas escolhas.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.



Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Dr.(^a) _____ pelo e-mail _____ ou pelo telefone: _____.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.



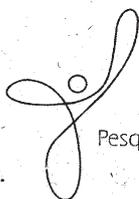
Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
(Nome e Assinatura)

Orientador
(Nome e Assinatura)

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

ANEXO 5 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (CEP)



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

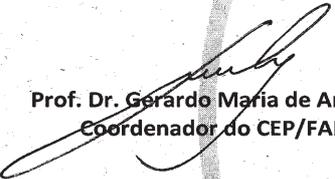
Parecer nº 2.024.585

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 62298816.0.0000.5415** sob a responsabilidade de **Marielza Regina Ismael Martins** com o título "Efeito da Intervenção Educativa na Qualidade de Vida e nas Estratégias de Enfrentamento em Pacientes com Dor Neuropática" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 20 de abril de 2017.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP

APÊNDICE

APÊNDICE – ENTREVISTA

● **DADOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS**

1-Idade _____

2-Gênero M() F ()

3- Etnia Branco () Não Branco()

3-Escolaridade: ANOS DE ESTUDO _____

4- Estado Civil

() COM COMPANHEIRO

() SEM COMPANHEIRO

5-Procedência

() São Jose Rio Preto

() Macroregião

() Microregião

● **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOR**

1. O que você acha que causou sua dor?

2. Como estava sua vida no momento em que começou sentir dor?

3. A dor gerou mudanças na sua vida? Quais?

4. Como você lidou e lida com estas mudanças?

5. O que você faz no seu dia a dia para lidar com sua dor?

6. Comparando o momento em que você começou a sentir dor e hoje mudou o modo como enfrenta os problemas? Do momento em que começou a sentir a dor até agora, você se sente do mesmo modo ou mudou algo com o passar do tempo?

7. A dor gerou algum efeito emocional em você? Qual?

8. Como você lidou e lida com as emoções?

9. Como você imagina que será sua vida daqui para frente?