



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

PSICOLOGIA

MÁRCIA NATÁLIA BRANDÃO COSTA

A REPRESENTAÇÃO DA DOR NA OBRA DE FRIDA KAHLO: Uma análise  
interpretativa a partir do Retrato da Dor

São Paulo

2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
PSICOLOGIA

MÁRCIA NATÁLIA BRANDÃO COSTA

A REPRESENTAÇÃO DA DOR NA OBRA DE FRIDA KAHLO: Uma análise  
interpretativa a partir do Retrato da Dor

Trabalho de conclusão de curso como exigência  
parcial para graduação no curso de Psicologia, sob  
orientação da Prof. Dra. Maria Cecília de Moura

São Paulo

2019

*À Chagas,*

*que carregou a dor em seu nome*

*e em sua vida,*

*seguindo a sina de Frida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho não seria possível sem uma rede de apoio que durante todo o processo amparou minhas angústias, encorajou meus passos e acreditou na minha capacidade. Agradeço a cada palavra de incentivo e gesto amigo de quem seguiu essa longa trajetória, cheia de obstáculos, comigo em algum momento.

Agradeço aos meus pais, Pedro e Ray, os pilares da minha existência, minha base sólida, onde me amparo, onde sempre tenho pouso. Foi pelos olhos de meu pai que enxerguei a dor do outro. Foi pela poesia de minha mãe que aprendi a ouvir o que as palavras não dizem. Eles nem sabiam, mas plantavam em mim a semente da Psicologia.

Agradeço ao meu melhor amigo e marido, Ronaldo, por seguir ao meu lado nessa odisséia que foi a trajetória acadêmica. Por sempre me lembrar que a vida é uma tragicomédia e me fazer perceber o humor nas entrelinhas. Obrigada por ser a razão do meu sorriso.

Agradeço aos meus irmãos, Míriam, Pedro e Felipe, pela compreensão e apoio, por apesar da distância geográfica termos permanecido unidos, colaborando uns com os outros, fazendo da nossa família um lar.

Agradeço a melhor orientadora que eu poderia ter tido, Maria Cecília, que não fez apenas o seu trabalho, mas acreditou no meu potencial e não me deixou desistir nos momentos difíceis.

Minha gratidão à Adrianna Loduca e Barbara Müller, pela oportunidade de atuação em um espaço tão rico quanto o Hospital das Clínicas, pelo apoio e confiança que se estendeu além da academia, pela disponibilidade e colaboração fundamentais na construção deste trabalho.

Agradeço aos amigos, poucos e bons, sensíveis para compreender minhas necessidades.

Aos meus pacientes, por confiarem a mim suas dores mais íntimas, por me tornarem uma profissional melhor a cada dia.

### **Conheço a residência da dor**

Conheço a residência da dor.

É um lugar afastado,

Sem vizinhos, sem conversa, quase sem lágrimas,

Com umas imensas vigílias diante do céu.

A dor não tem nome,

Não se chama, não atende.

Ela mesma é solidão:

Nada mostra, nada pede, não precisa.

Vem quando quer.

O rosto da dor está voltado sobre um espelho,

Mas não é rosto de corpo,

Nem o seu espelho é do mundo.

Conheço pessoalmente a dor.

A sua residência, longe,

Em caminhos inesperados.

Às vezes sento-me à sua porta, na sombra das suas árvores.

E ouço dizer:

“Quem visse, como vês, a dor, já não sofria”.

E olho para ela, imensamente.

Conheço há muito tempo a dor.

Conheço-a de perto.

Pessoalmente.

*(Cecília Meireles)*

**Título do Trabalho:** A representação da dor na obra de Frida Kahlo: Uma análise interpretativa a partir do retrato da Dor

**Grande Área:** 7.00.00.00-0 - Ciências Humanas

**Área:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Subárea:** 7.07.01.00-8 – Fundamentos e Medidas da Psicologia

**Orientador:** Prof. Dra. Maria Cecília de Moura – ceciliamoura@pucsp.br

**Orientando:** Márcia Natália Brandão Costa

## **RESUMO**

A dor é um fenômeno complexo, multifacetado e de difícil mensuração. Envolve aspectos culturais e psicológicos que interferem no estímulo sensorial. Existem poucos meios de construir parâmetros comparativos seguros para orientar os profissionais de saúde na avaliação dos pacientes com dor, sobretudo na área da Psicologia. Neste trabalho foi utilizado um desses recursos, o Retrato da dor, uma ferramenta projetiva nacional, específica para o tratamento de dor crônica. A temática desse trabalho versa sobre a dor e suas representações a partir de uma análise interpretativa da vida e obra de Frida Kahlo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória de caráter qualitativo. Através das cores alegres e vivas a pintora nos apresenta a tragédia da existência humana, suas telas contam uma história incontestavelmente sua. Partindo da premissa de que a obra de Frida se configura enquanto arte autobiográfica, o objetivo deste artigo foi o de tentar desvelar o sentido da dor na vida de Frida Kahlo, a partir das obras e declarações da artista, enviados pelo roteiro de avaliação do Retrato da dor. Foi observado que ao longo de sua vida, Frida permeia diferentes formas de se relacionar com a dor. Apesar de possuir recursos de enfrentamento e uma rede social afetiva, com o tempo esses recursos, apesar de positivos tornaram-se disfuncionais, comprometendo suas condições físicas e psíquicas. Ainda assim, não há como negar que a pintura foi a forma que Frida encontrou para lutar, escolheu-a como linguagem e a partir dela, gritou sua dor para o mundo.

**Palavras-chave:** Dor crônica; Retrato da dor; Frida Kahlo; Instrumento Projetivo;

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMO</b> .....   | 5  |
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....                                  | 8  |
| <b>2. A DOR CRÔNICA</b> .....                               | 17 |
| <b>3. A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA DOR</b> .....              | 20 |
| <b>4. RETRATO DA DOR</b> .....                              | 22 |
| 4.1. Fundamentos do Retrato da Dor.....                     | 22 |
| 4.2. Aplicação e Avaliação do Retrato da Dor.....           | 24 |
| 4.3. Representações comuns no Retrato da Dor.....           | 27 |
| <b>5. FRIDA KAHLO E OS RETRATOS DE SUA DOR</b> .....        | 29 |
| 5.1. Elementos comuns na representação de Frida Kahlo ..... | 38 |
| <b>6. Discussão</b> .....                                   | 40 |
| Referências .....   | 42 |
| Anexo A.....  | 48 |
| Anexo B .....   | 50 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Desenho de Retrato da dor Feminino (36 anos) (2018) ..... | 24 |
| Figura 2 – Retratos de Dor (2018) .....                              | 28 |
| Figura 3 – Hospital Henry Ford (1932) .....                          | 32 |
| Figura 4 - Eles pedem aviões e ganham asas de palha (1938) .....     | 33 |
| Figura 5 – A coluna partida (1944) .....                             | 35 |
| Figura 6 – O Marxismo dará saúde aos doentes 1954.....               | 37 |
| Figura 7 – Minha ama e eu (1937) .....                               | 38 |
| Figura 8 – Sem esperança 1945.....                                   | 39 |
| Figura 9 - Umas facadinhas de nada (1935) .....                      | 40 |

## 1. INTRODUÇÃO

O vocábulo ‘dor’ é proveniente do latim vulgar ‘dolor’ e expressa dor física, sofrimento, desconforto, dor moral, pena, desgosto, tormento, aflição e tristeza (SARAIVA, 1993). Desde os primórdios, a dor se configura como uma das grandes preocupações da humanidade e motiva a busca por esclarecimento e compreensão a respeito de sua ocorrência, bem como dos procedimentos destinados a seu tratamento, a fim controlá-la (SANTOS, 2009; TEIXEIRA, OKADA, 2009). O estudo da dor se confunde ao próprio nascimento da medicina (FOUCAULT, 2006). Ao longo da história é possível observar diversos registros da existência de estados dolorosos, explicações sobre a dor e tentativas diversas de tratamento para alívio da mesma em diversas civilizações, indicando que a expressão da dor varia de acordo com as diferentes culturas.

Os povos primitivos classificavam a dor em dois tipos: as dores ocasionadas por causas externas (ferimentos, fraturas, queimaduras) e por causas internas (dores de cabeça, dores abdominais). As causas internas não eram bem compreendidas, e para elucidar as dúvidas buscava-se fundamentação nos modelos pré-lógicos e da imaginação mágico-coletiva para fundamentar as crenças a respeito, de modo que a dor era compreendida e explicada de forma mítica, mística ou religiosa. Era também compreendida como algo negativo ao que se atribuía a ideia de sofrimento, agressão à pessoa, ação dos maus espíritos, punição dos deuses ou ira divina, ou ainda, martírios e sacrifícios de purificação; (MICELI, A.V. 2002; TEIXEIRA, M., OKADA, M., 2009). Existem registros que os sumérios já usavam extratos de papoulas para o tratamento das moléstias há 4 mil anos a.C e do uso de sálvia e malva em feridas inflamatórias pelos etruscos e romanos e as primeiras intervenções cirúrgicas datam de 2100 a. C. (LE BRETON, 2006). Hipócrates (460 a.C.) já relacionava temperamento e doença, quando postulava que os curadores deveriam conhecer a totalidade das coisas para, assim, alcançarem a cura. Tais ideias são o germe do atual conceito de psicossomática (VOLICH, 2000). Aristóteles e outros filósofos concebiam a dor como uma paixão da alma e essa ideia de dor como uma emoção foi amplamente difundida e popularizada até ser contestada por Descartes, que caracterizou a dor enquanto uma sensação. (LE BRETON, 2006).

Na tradição europeia, a dor foi utilizada legalmente como um meio de coerção política, social e religiosa, através de suplícios e prisões em masmorras e também de castigos e sofrimentos psicológicos (MICELI, 2002). O século XIX é marcado por um avanço significativo nos estudos sobre a dor. Em 1818, o psiquiatra Heinroth estudando sobre a influência das paixões sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer, cunhou o termo

‘psicossomático’, do grego, psyche = alma; soma = corpo. Alguns anos depois, em 1928, desenvolve a expressão somatopsíquica, referindo-se a moléstias em que o fator somático modificava o estado psíquico. Esses dois conceitos fundamentaram a história da psicossomática moderna, que se iniciou a partir de estudos observatórios de doenças que tinham início em momentos de crise psicológica ou social, concluindo que estes últimos exerciam grande influência sobre a doença (GUIR, 1988; MELLO FILHO, J., 2005; VOLICH, 2000). Com isso, a dor passa a ser vista como um fenômeno não somente biológico, mas também psicológico e o sistema imunológico passa a ser compreendido como o grande elo de interação entre os fenômenos psicossociais e terrenos da patologia humana, como doenças de hipersensibilidade, autoimunes, infecciosas e neoplásicas. Em contrapartida, muitos psicanalistas dedicaram-se a estudar os processos psicossomáticos do adoecimento (BALLONE, 2007; LODUCA, 2007).

Em 1846, inicia-se o uso da anestesia cirúrgica. Em 1850, com o isolamento da morfina e o desenvolvimento dos opióides, descobriu-se a importância do sistema nervoso na transmissão da dor, a partir da identificação dos receptores neurológicos e dos receptores da transmissão dos impulsos nervosos, o que norteou a separação da dor física do sofrimento social, resultando em uma concepção da dor enquanto um fenômeno biológico e possível de ser explicado fisiologicamente. Esses avanços, entretanto, consideravam apenas as implicações neurológicas da dor, ou seja, tratavam apenas dores com um substrato físico-orgânico claramente identificável. Todas as nuances que se diferenciavam desse padrão permaneciam sem respostas (MICELI, 2002; LODUCA, 2007). Na primeira metade do século XX é desenvolvida a anestesia local e a aspirina. Além disso, começa a se desenvolver o conceito de *stress* relacionando os sistemas nervoso e imunológico, modificando completamente o relacionamento do homem com a dor, e evidenciando que as experiências cotidianas da vida tinham a capacidade de causar impressões físicas. (MICELI, A.V. 2002). Em 1885, Freud começa a desenvolver a ideia de um princípio de constância do aparelho psíquico. O sistema nervoso reduziria totalmente ou manteria em constância as excitações, com o objetivo de manter o equilíbrio do aparelho psíquico (Princípio de Nirvana). Tal ideia só foi oficializada em 1920, e o século XX se inicia sob a ótica da Psicanálise. (MICELI, 2002)

A dor é comumente compreendida como um sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo (YENG, TEIXEIRA, ROMANO et al 2001). De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor consiste em uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (IASP, 1979). Apesar de

ser possível conceituar e caracterizar a dor a partir de seu funcionamento neuroquímico universal, é importante ter em mente que a dor apresenta por definição uma percepção subjetiva, ou seja, a sensação de dor é bem variada e particular, e pode ser traduzida de forma singular por cada indivíduo. (BESSET et al., 2010)

A quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e quando nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor. (MELZACK, WALL, 1991 p. 21)

Silva (2014) afirma que a terminologia da dor não se refere apenas aos fatores neurofisiológicos, mas abrange também uma etiologia psíquica. A dor seria, portanto:

Uma sensação física dolorosa, real, sentida pelo sujeito, mas que não se justifica por nenhum motivo aparente, seja ele neurofísico, psicogênico ou uma combinação deles. (p.33)

De acordo com a Portaria SAS nº 859, de 12 de novembro de 2002, a dor:

Como a dor é sempre subjetiva, o grau de sua intensidade não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesionado, e muitos fatores podem influenciar a sua percepção, como fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade e sentimentos de desesperança e desamparo (BRASIL, 2002d, p. 3).

Seria equivocado considerar a dor unicamente pela perspectiva sensorial, afinal todos os aspectos que envolvem a percepção da dor são importantes, e é preciso englobar todos para atingir uma compreensão integrada do fenômeno doloroso e acessar o significado das respostas únicas de cada indivíduo diante da dor. (DA SILVA, 2011)

A dor pode ser classificada em aguda e crônica. A dor aguda é aquela que se manifesta momentaneamente e por um período curto, podendo durar desde minutos até algumas semanas. Encontra-se comumente associada a lesões em tecidos ou órgãos, geradas por alguma inflamação, infecção, traumatismo, entre outros. Sua manifestação é essencial, funcionando no organismo como uma defesa, um sinal de alerta para que o afetado busque os cuidados necessários para sanar as possíveis causas de tal sintoma. A dor aguda tende a desaparecer após o diagnóstico e tratamento adequado. (SILVA, 2014)

Diferente da dor aguda, a dor quando é crônica, torna-se em si mesmo uma doença. De caráter insidioso, muitas vezes intemporal, com implicações em diversas áreas da vida do indivíduo afetado, podendo ter ou não lesões subjacentes, a dor crônica pode refletir uma carga negativa a nível biológico e emocional e deve ser entendida como um fenômeno global. (MACKINTOSH, 2005)

A dor costuma ser a principal motivação para a procura pelo sistema de saúde, tanto no Brasil quanto a nível internacional, seja como sintoma, seja como doença (BESSET et al.,

2010). Hoje, a dor crônica pode ser considerada uma epidemia, atingindo em média 30% da população mundial. Estima-se que quase 30% dos adultos norte-americanos sofram de dores crônicas. (COURTNEY, 2017). No Brasil, de acordo com a Sociedade de Brasileira de Reumatologia, a dor crônica se configura a partir de um estado de saúde persistente que modifica a vida do indivíduo acometido. (HEYMANN et al, 2010) – Segundo os dados do Congresso Nacional de Dor Crônica (SBED) 2018, aproximadamente 37% da população brasileira tem queixas referentes à dor crônica. Um quadro bastante preocupante que vem chamando a atenção dos mais diversos profissionais da área da saúde, sinalizando a importância de um tratamento multidisciplinar. (BESSET et al., 2010).

A compreensão da dor como uma enfermidade específica, só foi concebida após a Segunda Guerra Mundial (SANTOS, 2009), a partir da experiência do anestesiológico John Bonica, que acompanhou soldados com diferentes quadros de dor. Ao perceber que seu repertório médico era insuficiente para tratar os diferentes quadros que lhe eram submetidos, Bonica solicitou a ajuda de colegas de diferentes especialidades e percebeu que essa troca de conhecimentos era efetiva no tratamento de dor crônica. Uma vez que a dor crônica afeta o paciente de forma multifatorial, faz sentido a integração de conhecimentos de diversas áreas para oferecer o diagnóstico e eleger as melhores estratégias de intervenção. É nesse contexto que surge a clínica multidisciplinar para manejo da dor, ainda na década de 50, e apesar de diversas publicações de Bonica e seus colegas a respeito do assunto, o conceito de clínica multidisciplinar não ganha força imediatamente. (LODUCA, 2007; SANTOS, 2009)

Apenas em 1980 a dor crônica é inserida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão 3 (DSM-III), classificada nos transtornos somatoformes com a denominação de Dor Psicogênica. A partir do DSM-III-R passou a ser nomeado Distúrbio Somatoforme da Dor, caracterizado por “uma preocupação com a dor de no mínimo seis meses e um quadro de dor sem lesão correspondente ou desproporcional àquela esperada para aquele nível de lesão” (DSM-III-R, 1987, p. 342; SILVA, 2014). Essa descrição foi criticada pela falta de especificidade em relação à queixa de dor proporcional à lesão. As versões atuais do DSM-IV e CID-X mantêm uma categoria específica para quadros de dor dentro dos transtornos somatoformes, ressaltando a ligação com fatores e conflitos emocionais, além da dificuldade em precisar a origem orgânica das queixas. (SILVA, 2014)

No mesmo ano, inicia-se a história do tratamento da dor no Brasil, no Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro. Um grupo de anestesiológicos que estudavam e testavam bloqueios nervosos em pacientes com dor, a fim de aliviar o sintoma, criaram a primeira clínica de

Bloqueios Nervosos. O modelo tornou-se popular e passou a ser implementado em outros estados brasileiros, despertando o interesse de outros profissionais de saúde interessados no estudo da dor. Passaram então a se reunir em associações que, posteriormente, ficaram conhecidas como Clínicas de Dor (LODUCA, 2007; SILVA, 2014). As Clínicas de Dor seguiam o modelo de tratamento para a dor estabelecido por Bonica (1990), nos Estados Unidos. Em 1982, foi realizado em São Paulo um simpósio sobre o tratamento da dor que deu origem à fundação da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Em 1984, foi reconhecida oficialmente pela IASP. Apenas em 2002 houve a inclusão das Clínicas da Dor na estrutura de saúde pública, oferecendo serviços especializados à população. (SILVA, 2014).

A Portaria GM/MS n. 19, de 03 de janeiro de 2002, funda no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, ressaltando a importância da boa assistência aos pacientes com dor (BRASIL, 2002). Entretanto, essa mesma portaria funda o Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos com uma composição de apenas oito médicos e uma enfermeira, de modo que não é considerado representativo, a propósito de uma liga de Dor, um serviço que se propõe interdisciplinar (SILVA, 2014). Atualmente no Brasil, a dor é a razão pela qual 75% a 80% da população procura o sistema de saúde. E a dor crônica que acomete 30% a 40% da população brasileira é a principal causa de faltas ao trabalho, baixa produtividade, licenças médicas, aposentadorias por doença e indenizações trabalhistas (MICELI, A.V. 2002). O diagnóstico de dor crônica tem sido uma das razões mais comuns de procura por atendimento médico e afastamento do trabalho, mobilizando profissionais de diferentes áreas, configurando um problema de saúde pública (ELLIOTT, 1999). Em movimento internacional, várias instituições de saúde têm investido na formação de equipes multidisciplinares especializadas não somente em dor, mas sobretudo no tratamento dos pacientes com dor, reconhecendo a multiplicidade de fatores biopsicossociais na etiologia e na manutenção da dor crônica e a necessidade de tratar criteriosamente e globalmente o paciente o quanto antes. (MICELI, A.V. 2002).

Até o final da década de 1990, os estudos e instrumentos terapêuticos criados para tratamento da dor crônica, consistiam um último recurso das clínicas de dor e eram direcionados para aqueles pacientes que tinham dores consideradas “intratáveis”. Eles eram quase totalmente voltados para a abordagem comportamental e cognitivo-comportamental e visavam melhorar o convívio do paciente com sua própria dor, a fim de obter respostas mais eficientes ao tratamento (WILLIAMS, et al, 1989). A instrumentação utilizada até então era caracterizada pelo uso de questionários, escalas e inventários sobre temas específicos, que acabavam por comprometer a

narrativa do paciente, que precisava encaixar sua percepção em alternativas construídas a priori. Essa prática culminava em uma diluição das peculiaridades do sujeito, dificultando a assimilação da amplitude do impacto da dor em sua vida (LODUCA, 2007). Entretanto, ao final dos anos 90 e início dos anos 2000, foi possível conceber outras formas de pensar a dor crônica, a partir de uma ótica psicodinâmica, bem como foi possível desenvolver ferramentas que levassem em consideração a experiência individual do sujeito, como por exemplo os testes projetivos (PINTO, 2014).

As metodologias projetivas derivam dos estudos realizados por Frank entre 1939 e 1965. Em seus estudos, Frank reuniu e examinou uma ampla variedade de materiais e de técnicas utilizadas como meios de acesso às vivências internas aos conflitos e desejos do sujeito. Sua teoria era a de que as técnicas projetivas eram capazes de acessar o mundo dos sentidos, significados, padrões e sentimentos e a partir disso, seria possível acessar o inconsciente, revelando aquilo que o sujeito não pode ou não quer dizer. Os métodos projetivos ficaram muito populares no século XX, entretanto, o grau de subjetividade dos mesmos acabou sendo motivo para muito preconceito por parte dos psicólogos, que buscavam mais segurança e resultados mais objetivos. Por conta disso, em 1960 ocorre um declínio de seu uso e os testes objetivos ganharam muito prestígio (PINTO, 2014). Apesar do período de ascensão dos métodos projetivos, na literatura mundial existem poucos relatos do uso de tais instrumentos projetivos nos estudos psicológicos sobre avaliação e tratamento de dores crônicas. Dos testes projetivos já existentes na área de Psicologia, a saber, o MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), o Rorschach, o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o Desenho da Figura Humana (DFH), nenhum demonstrou eficácia no que se refere ao tratamento de dor crônica, uma vez que não foram elaborados para este fim, deixando lacunas a serem preenchidas (LODUCA A. et al. 2014). De acordo com Loduca (2007), havia a necessidade de desenvolvimento de instrumentos projetivos próprios para a avaliação de pessoas com dor crônica que permitissem ao paciente expressar seu sofrimento de forma mais livre e criativa.

As técnicas projetivas requerem que o indivíduo utilize características de sua personalidade, necessidades e experiências de vida para interpretar estímulos ambíguos o que diminui a ação de mecanismos de defesa e permite o acesso a conteúdos não acessíveis à consciência do colaborador (LODUCA, A. et al. 2014 p.31).

Ao observar pacientes com o mesmo diagnóstico, notou-se que estes não necessariamente atribuíam o mesmo sentido às suas dores. Percebeu-se a necessidade de um recurso em que o paciente pudesse representar seu desconforto para torná-lo mais compreensível. Identificou-se que os pacientes tinham rendimento diferente dependendo do

significado atribuído à dor no seu dia a dia e de como conviviam com o quadro álgico (LODUCA, 2007; LODUCA et al. 2014). É a partir dessas descobertas que, em 1995, Adrianna Loduca realizou um estudo que desenvolveu um instrumento projetivo chamado Retrato da Dor, inspirado no movimento *PainSTORY*, que estava sendo desenvolvido em países europeus. A preocupação com a narrativa da dor e sua expressão gráfica pelo paciente tornou-se o leme do instrumento a ser desenvolvido. Nos resultados divulgados pelo *PainSTORY*, era possível perceber que a dor assumia diferentes significados na vida dos pacientes, o que levou a compreensão de que para o bom tratamento da dor crônica era necessário valorizar o discurso individual e considerar a utilização de outras formas de expressão da dor, como a produção gráfica. (LODUCA, SAMUELIAN, 2003; TEIXEIRA, LIN, LODUCA, SAMUELIAN, 2005; LODUCA, 2007; LODUCA et al. 2014)

O Retrato da dor é um recurso projetivo que tem o intuito de amenizar os mecanismos de racionalização do indivíduo, de modo a possibilitar que, em um curto espaço de tempo, seja possível realizar a identificação de dados importantes referentes à influência de fatores psicológicos na experiência dolorosa vivenciada pelo paciente. Visa identificar a percepção do paciente sobre a sua dor e sofrimento associados a partir da capacidade criativa de representar seu desconforto de forma concreta, uma vez que a dor não tem uma forma detectável objetiva em exames subsidiários (LODUCA, A., 2007; LODUCA et al. 2018; LODUCA, FOCOSI, MÜLLER, 2019). Loduca teve trabalhos voltados para a dor crônica e embasados pela abordagem psicodramática, aprovados e apresentados na forma de pôster em Congressos Mundiais de Dor. Até esse momento não havia literatura nacional sobre Dor e Psicodrama, e na literatura reconhecida pela IASP, não eram publicados trabalhos sobre programas psicoeducativos de abordagens psicodinâmicas, em geral. Além disso, a temática da dor crônica era dominada pelos modelos científicos contemporâneos, que procuravam trabalhar com uma visão contextualizada, não-atomística e transdisciplinar dos fenômenos humanos, entretanto continuavam valorizando prioritariamente as concepções causalistas e lineares (LODUCA, 2007).

Em 2000, foi convidada para participar como colaboradora de projetos de assistência, ensino e pesquisa no Ambulatório de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT-HCFMUSP) onde realiza, até os dias de hoje, programas psicoeducativos sob o referencial do psicodrama, desde setembro de 2004. Esses programas possuem o objetivo de auxiliar os pacientes a identificarem o sentido da dor em suas biografias e resgatarem sua identidade, de modo a favorecer a adesão

ao tratamento recomendado na clínica de dor. No Ambulatório de Dor do IOT-HC, um grupo de pesquisadores tem utilizado o Retrato da Dor como um dos recursos de referência para a avaliação psicológica dos pacientes que ingressam no Grupo de Dor (LODUCA, A., 2007).

Em diferentes momentos de minha trajetória acadêmica, tive oportunidade de estagiar nesse ambulatório, sob supervisão da professora Adrianna Loduca, realizando atendimento e acompanhando o tratamento de pacientes com diferentes quadros algícos crônicos. Essa vivência possibilitou um despertar sobre a dor crônica e o sofrimento psíquico acarretado por ela, bem como a aproximação da prática clínica necessária para esse tipo de atendimento.

Durante o estágio no IOT-HC, tive a oportunidade de aplicar o Retrato da dor e essa experiência me levou a refletir sobre a forma como a dor é representada por cada sujeito e como essa representação é importante tanto para uma maior compreensão da dor do paciente, por parte do profissional quanto para uma compreensão mais concreta por parte do sofredor. Cada vez mais interessada pela aplicação e interpretação da ferramenta, passei a buscar uma forma de ilustrar esse conhecimento, a fim de tornar a aplicação da ferramenta mais próxima dos profissionais de psicologia que vierem a interessar-se futuramente pelo assunto. Para isso, escolhi utilizar como objeto ilustrativo a obra da pintora mexicana Frida Kahlo, sobretudo as telas em que a autora retrata de alguma forma a dor que sentia mediante sua convalescência. Para construir o discurso do paciente, necessário para a utilização da ferramenta, serão utilizadas as declarações da artista, disponíveis em seu diário, publicado em 1994.

Frida Kahlo (1907-1954) é uma das artistas mais célebres do século XX. Apesar de reconhecida mundialmente por seus autorretratos coloridos e suas associações com as celebridades como Diego Rivera e Leon Trotsky, o que nos leva a estudá-la aqui é um fator menos glamoroso, o fato de que ela conviveu com dor crônica por quase toda a sua vida. Nascida em Coyoacán, México, Frida era a terceira filha do segundo casamento de Guillermo, um imigrante alemão judeu e Matilde, mexicana mestiça e católica devota, que vivia um processo de luto pela morte de seu único filho homem, falecido ao nascer. Matilde não conseguiu amamentar a recém-nascida e a entregou aos cuidados de uma ama de leite índia, prática comum no México daquela época. Apenas dois meses depois do nascimento de Frida, Matilde engravida novamente, intensificando um quadro depressivo que se inicia no luto pelo filho e vai se agravando com a sequência de gravidezes. Frida cresce convicta de não ser amada e de ter sido abandonada pela mãe (BENNETT et al. 2006; HERRERA, H. 2011).

Frida esteve relacionada com a dor crônica por quase toda a sua vida, alguns pesquisadores acreditam que Frida Kahlo nasceu com espinha bífida, uma condição que afeta o desenvolvimento da coluna vertebral. Aos seis anos de idade contraiu poliomielite, uma doença infecciosa incapacitante e potencialmente fatal, causada pelo vírus da pólio. Sua convalescença foi demorada, exigindo que ela passasse 9 meses na cama. Frida desenvolveu sequelas características da doença, como atrofia muscular e fraqueza. Além disso, os registros médicos de Frida indicam que seu membro afetado falhou o desenvolvimento em comparação com seu membro não afetado, a perna direita ficou mais fina do que a esquerda, e a diminuição da circulação na perna causou dor crônica durante toda a vida da artista. Essa discrepância no comprimento da perna causaria um desequilíbrio no alinhamento pélvico durante a postura, resultando em uma escoliose funcional ou curvatura de sua coluna. Frida detestava a aparência de sua perna e por conta disso adotou as saias longas em sua vida adulta (ORISINI, FREITAS, CARVALHO et al. 2008; HERRERA, 2011).

Apesar da doença na infância, Frida se tornou uma jovem animada e inteligente, planejava estudar medicina e frequentava uma das melhores e mais disputadas escolas do México. Entretanto, aos 18 anos de idade, quando voltava da escola para casa, o ônibus de madeira em que se encontrava, colidiu com um bonde de metal. Várias pessoas morreram, e a artista sofreu traumas significativos, incluindo múltiplas fraturas da clavícula, costelas, coluna, cotovelo, pelve, perna e pé. Seu pé direito foi esmagado e ambos os tornozelos e ombros foram deslocados. Além disso, ela foi perfurada por um corrimão de ferro do bonde que entrou no quadril esquerdo e saiu pelo assoalho pélvico. (BENNETT et al. 2006; ORISINI, FREITAS, CARVALHO et al. 2008; HERRERA, 2011).

Frida sobreviveu, passou um mês no hospital e mais dois meses se recuperando em casa. Embora tenha tentado voltar à vida normal, Kahlo continuou a sentir fadiga e dor nas costas. Após radiografias, descobriu-se que o acidente também havia deslocado três vértebras, e para tratar foi necessário fazer uso de um espartilho de gesso, que a deixou confinada à cama como parte da recuperação. Mesmo que seus tecidos corporais tenham cicatrizado após o acidente, foi nessa época que o início lento e insidioso da dor crônica teria começado. Com o tempo, desenvolveu também peritonite e cistite, condições médicas que provavelmente contribuíram ou facilitaram sua dor crônica, e que, na época anterior ao uso de antibióticos, eram muitas vezes fatais (BENNETT, et al. 2006; HERRERA, H. 2011).

Enquanto repousava na cama, Frida foi incentivada a pintar e, assim, desenvolveu seu talento. Como estava praticamente imobilizada à cama, um cavalete foi feito especialmente para

ela e um espelho foi colocado em cima do cavalete para que ela pudesse se ver. Além de pintar retratos das irmãs e de colegas da escola, com frequência ela voltava os olhos para si mesma e produzia autorretratos (BENNETT et al. 2006; HERRERA, 2011). As obras de Frida emanam um sofrimento iminente, em seu diário é possível perceber que sua dor era extrema, causando impactos emocionais severos. Sinais e sintomas de dor neuropática crônica e sensibilização central de vias nociceptivas são evidentes ao analisar suas pinturas e histórico médico (GARCIA, 2016; KAHLO, 1994).

A proposta central deste artigo foi a de realizar uma análise interpretativa da vida e obra da pintora Frida Kahlo, sob a ótica de avaliação da dor crônica, utilizando a ferramenta Retrato da dor. De modo a caracterizar a percepção de Frida Kahlo sobre sua própria dor e sofrimento associados. Portanto, trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória de caráter qualitativo. O trabalho se inicia com um enquadramento teórico, no primeiro capítulo foi feita a caracterização da dor crônica em sua definição, classificação e principais características. No segundo capítulo, apresentou-se a avaliação psicológica da dor, delimitando seus objetivos e expectativas. No terceiro capítulo, foi apresentada a ferramenta Retrato da Dor, sua base teórica e método de aplicação. No quarto e último capítulo realizada a análise relacionando o inquérito do Retrato da dor com a vida e obra da pintora Frida, pormenorizando o procedimento de aplicação do instrumento.

## 2. A DOR CRÔNICA

Desde 1979, a dor tem sido definida pela IASP- International Association for the Study of Pain, como uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial. Esse conceito leva a compreensão de dor enquanto vivência/experiência, uma sensação única e individual que não pode ser totalmente compreendida senão pelo próprio sofredor. A dor é, portanto, o resultado da comunicação entre um complexo circuito de fibras nervosas que transmite um sinal associado à liberação de mediadores químicos, configurando uma experiência complexa que envolve a transdução de estímulo nocivo ambiental, ao mesmo tempo que se relaciona com o processamento cognitivo e emocional pelo encéfalo (CHAPMAN et al., 1999; JULIUS et al., 2001; ALMEIDA et al., 2004; Varela, 2005).

Oliveira (1979) reconhece a dor como uma espécie de alarme que o SNC utiliza para sinalizar um processo de agressão ao organismo com risco para a sua integridade física. Dessa forma, a sensação dolorosa desempenha um importante papel de proteção do organismo,

alertando sobre perigos e definindo limites que não podem ser transgredidos (CHAPMAN et al., 1999; DIAS, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a dor pode ser classificada em aguda e crônica, conforme a temporalidade. A dor aguda dura menos de 30 dias e funciona no organismo como uma defesa, assumindo papel óbvio e fundamental para a sobrevivência humana, enquanto a dor crônica é aquela que persiste mesmo quando há cura da lesão, passando a repetir-se ou sustentar-se por período prolongado de tempo, deixando de apresentar vantagens biológicas como função de defesa, tornando-se um agravante à funcionalidade e qualidade de vida das pessoas, causando sofrimento. Desse modo, a dor crônica deixa de ser um sintoma e passa a ser doença em si (MELZACK et al., 1999).

A literatura diverge em relação à classificação por temporalidade, tanto no que se refere ao tempo que a dor leva para se tornar crônica, quanto à eficiência desta forma de classificar. De acordo com a IASP (2004) considera-se que uma dor que persiste por mais de três meses é crônica. Entretanto, de acordo com Varella (2005), é um erro considerar a dor crônica como uma versão prolongada da aguda. De acordo com Melzack (1999), a dor crônica seria gerada por impulsos de pequena magnitude produzidos por atividade neural anormal, ou seja, a dor crônica seria resultado de uma falha nos circuitos neurológicos do organismo. Varella (2005) explica que essas alterações resultariam em uma espécie de “memória dolorosa” que ficaria guardada na medula espinal.

[...]quando os sinais de dor são gerados repetidamente, os circuitos neurológicos sofrem alterações eletroquímicas que os tornam hipersensíveis aos estímulos e mais resistentes aos mecanismos inibitórios da dor. (VARELA, 2005)

A dor crônica pode estar associada a continuação de uma patologia ou persistir após a recuperação de uma doença ou lesão. Pode estar relacionada tanto com doenças duradouras e sem resolução, como câncer, artrite reumatoide e hérnia de disco ou com lesões consideradas leves, que a longo prazo podem levar a alterações no sistema nervoso. Esse processo é chamado de sensibilização e se caracteriza pelo desconforto proveniente de uma lesão ou adoecimento praticamente resolvido, e que poderia ser considerada leve ou trivial, mas é percebida pelo indivíduo como uma dor significativa, que pode ser intensificada por fatores psicológicos. Nos casos em que a dor crônica decorre de doença orgânica, tratar a desordem de base é a forma mais efetiva de saná-la (MARKMAN, 2014; MERSKEY et al., 1994; SMITH et al., 1986; FÜRST, 1999).

A dor crônica é dividida em nociceptiva, neuropática e psicogênica. Caracterizada pela presença de um estímulo doloroso em nociceptores, na dor nociceptiva componentes sensoriais são capazes de discriminar o estímulo doloroso em relação ao tempo, espaço e intensidade, de

modo que o impulso doloroso gerado pela injúria tecidual real ou potencial chega ao sistema nervoso central (SNC) (Greenspan, et al. 2010; Watson JC, Sandroni P. 2016). Alguns estudos classificam a dor nociceptiva, em função da localização da lesão, em visceral e somática. O tipo somático se manifestaria na superfície do corpo, enquanto o tipo visceral atingiria órgãos internos (MELZACK, 1975; MERSKEY et al., 1979; ALMEIDA et al., 2004).

A classificação neuropática refere-se a dor resultante de uma lesão ou disfunção do sistema nervoso, provocando uma sensação dolorosa que ocorre em uma ou mais partes do corpo. Geralmente é associada a doenças que afetam o Sistema Nervoso Central, como o acidente vascular encefálico (AVC), a esclerose múltipla, lesões na medula, tumores, diabetes, entre outros. Na dor neuropática, os impulsos dolorosos provêm das próprias estruturas neuronais e não das terminações nervosas estimuladas e são projetadas para as regiões abrangidas pelo nervo, podendo subdividir-se conforme a estrutura nervosa envolvida (BRANDÃO, J. 2014; VITOR, PONTE, 2008). De difícil diagnóstico e tratamento, não há qualquer utilidade na dor neuropática, tratando-se de uma condição anômala do organismo (TEIXEIRA, 1995).

Na dor psicogênica não há identificação de mecanismo nociceptivo ou neuropático, em vez disso é possível identificar sintomas psicológicos que se encaminham para diagnósticos de distúrbio doloroso somatoforme, depressão ou outro diagnóstico da classificação DSM-V, comumente associados com queixas de dor (RESENDE, 2010). Faz-se necessário uma avaliação criteriosa do paciente para identificar a origem correta da dor e classificá-la como psicológica, orgânica ou mista. Por possuir um caráter muito subjetivo pode levar tempo para ser diagnosticada (BASTOS, D. 2007).

Por ser persistente, a dor crônica pode ser responsável pela lentificação dos sintomas nos processos de recuperação orgânica e funcional de modo a prolongar o tratamento e consequentemente os custos e o desgaste do paciente (TEIXEIRA, 1995). Apesar de muitas vezes evidenciar um caráter psicológico, seja total ou parcial, a dor crônica não pode ser negligenciada ou desacreditada, pelo contrário, faz-se essencial a adoção de uma abordagem de tratamento especializada e multidisciplinar, que possa oferecer ao paciente uma atenção global (MICELI, 2001).

O tratamento deve levar em consideração a realidade vivida por cada paciente e qual a sua relação com a própria dor, objetivando não apenas o alívio sintomático, mas proporcionando uma mudança de comportamento, incluindo os componentes cognitivos e

afetivos, já que a convivência com a dor crônica interfere no cotidiano do indivíduo e em suas relações sociais (BASTOS, D. 2007).

### 3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA DOR

Em meados da década de 1980, os estudos a respeito da dor seguiam na direção de uma compreensão mais objetiva do sintoma. Estudiosos, como Turk, a partir da observação dos comportamentos de dor, buscavam construir formas de mensurá-la e quantificá-la (PIMENTA, C., 2006). Constatou-se que avaliar a dor é uma tarefa complexa, a compreensão fisiológica do mecanismo da dor não é suficiente para compreender o fenômeno. A dor é uma experiência subjetiva e individual, cada sujeito irá atribuir-lhe significados de acordo com seus próprios parâmetros, que são construídos conforme sua cultura (LE BRETON, 2006; GUERCI; CONSIGLIERE, 1999; SILVA, 2014). Além disso, a percepção da dor é multidimensional, podendo sofrer variações em relação “à qualidade, intensidade, duração, localização e imagem simbólica, de acordo com características individuais de cada ser” (OKADA, M., TEIXEIRA, M., et al., 2001 p.136)

A quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor. (MELZACK E WALL 1991, p. 21)

Dessa forma, a dor é um sintoma de difícil mensuração, quantificação e comparação por envolver cultura, sensibilidade e fatores psicológicos que interferem no estímulo sensorial (LEITE, F., GOMES, J. 2006). Apesar disso, existem meios de construir parâmetros comparativos seguros a partir de descritores comparativos que representem o impacto da dor, para orientar os profissionais de saúde na avaliação dos pacientes com dor (TURK, D., MELZACK, R., 1992; OKADA, M., TEIXEIRA, M., et al., 2001). Isso implica na utilização de instrumentos padronizados de avaliação que possibilitem conhecer a etiologia e intensidade da dor e que facilitem o autoconhecimento e a comunicação entre o doente e os profissionais que dele se ocupem (PIMENTA, 1999). Os principais métodos de avaliação de dor são o auto relato, a observação dos comportamentos de dor e as medidas das respostas biológicas. Por auto relato compreende-se a descrição da dor pelo próprio paciente, sob orientação de um profissional. O paciente deve elaborar uma descrição minuciosa de sua dor e de como essa dor afeta sua vida pessoal, seu trabalho, lazer, etc. (PIMENTA, 1999). É através da fala do paciente que o profissional de saúde precisa investigar característica da dor, sua intensidade, localização,

instalação, duração, periodicidade, repercussões no funcionamento biológico e psicossocial, interferência nas atividades de vida diária, estado emocional do doente e seus fatores atenuantes ou agravantes (LEITE, F., GOMES, J. 2006; LODUCA, A. 1998; PIMENTA, 1999).

A avaliação da dor pode ter caráter unidimensional, considerando somente uma das dimensões da experiência dolorosa, ou multidimensionais, considerando várias dimensões. Esses parâmetros devem ser adequados ao objetivo que se pretende atingir, como também ao nível de compreensão do próprio paciente (BASTOS, D. et al 2007). Nas clínicas de dor costuma-se adotar uma abrangência multidimensional, que envolva aspectos fisiológicos, emocionais, culturais e ambientais (LEITE, F., GOMES, J. 2006; LODUCA, A. 1999). Nesse sentido, o trabalho do psicólogo no ambulatório de dor é, de acordo com Loduca (1999):

Investigar de que maneira a dor tem interferido no cotidiano do paciente, quais recursos ele utiliza para lidar com essa condição e verificar de que forma o seu estilo de vida ou estado emocional pode estar contribuindo para o aumento da percepção dolorosa (p. 208).

É importante realizar uma coleta de dados que contemple as características peculiares da dor daquele sujeito, investigar se há fatores agravantes e atenuantes dessa dor e quais são eles. Bem como os fatores psicossociais, o nível de conhecimento que o paciente possui sobre sua doença e tratamento, conhecer o sofrimento existente, e quais os recursos utilizados pelo doente no enfrentamento da dor (CARVALHO, 2003; BASTOS, D. et al 2007). Isso tudo para atingir o objetivo central de uma avaliação psicológica que é inserir a experiência da dor no contexto de vida do paciente, mais especificamente, compreender o impacto da dor sobre o desempenho do paciente e qual o papel que a construção psicológica do paciente tem na experiência da dor (LODUCA, A. 1999; FRUTUOSO, J., CRUZ, R., 2004; BASTOS, D. et al 2007).

#### 4. O RETRATO DA DOR

A dor é uma sensação pessoal e individual. É abstrata e não é possível detectá-la objetivamente a partir de exames subsidiários, e isso torna a dor um sintoma de difícil compreensão. O Retrato da dor é um instrumento projetivo nacional, desenvolvido pela psicóloga Adrianna Loduca (1998) especificamente para o tratamento em dor crônica (TEIXEIRA, LIN, LODUCA & SAMUELIAN, 2005; LODUCA & SAMUELIAN, 2003). O Retrato da Dor foi construído a partir da necessidade de compreender o sentido que os pacientes atribuíam ao seu sofrimento. Trata-se de um recurso projetivo que ameniza os mecanismos de racionalização do indivíduo, permitindo a obtenção de informações importantes em um curto espaço de tempo. O objetivo da ferramenta é identificar qual a percepção do paciente a respeito

de sua própria dor e do sofrimento associado a ela, possibilitando identificação de dados importantes referentes à influência de fatores sociológicos na experiência dolorosa vivida pelo paciente (LODUCA A., SAMUELIAN C., 2002; LODUCA, A., FOCOSI, A., MÜLLER, B., 2019).

#### 4.1. FUNDAMENTOS DO RETRATO DA DOR

O Retrato da dor foi fundamentado a partir dos princípios teóricos do Psicodrama, sobretudo na Matriz de Identidade e do teste projetivo TAT (Teste de Apercepção Temática). O psicodramama é uma abordagem psicológica criada pelo psiquiatra romeno Jacob Levy Moreno (1889-1974) como uma teoria das relações interpessoais (LODUCA, 2007). O Psicodrama se propõe, portanto, a investigar a alma humana a partir da ação e por meio de métodos dramáticos. Moreno acreditava que a dramatização era um recurso capaz de proporcionar ao indivíduo um contato consigo mesmo, com suas estruturas e inter-relações, auxiliando no resgate às possibilidades criativas do sujeito. De acordo com Moreno (2003, p. 47), “o psicodrama procura, com a colaboração do paciente, transferir a mente “para fora” do indivíduo e objetivá-la dentro de um universo tangível e controlável”, caracterizando como um método de diagnóstico, bem como de tratamento.

A tríade do psicodrama consiste em: Teoria de papéis, Teoria da espontaneidade/criatividade e Matriz de identidade. A principal premissa do Psicodrama é a condição do homem enquanto ser social, que em sua existência precisa estabelecer vínculos, para isso, se agrupam e esses grupos compõem a sociedade. Para viver nessa sociedade os homens desempenham papéis sociais e a partir desses papéis, atuam sobre o mundo. A teoria dos papéis no psicodrama, se refere ao homem buscando transformar a sociedade através da ação, e as técnicas psicodramáticas, são ferramentas que estimulam a criatividade e o desempenho desses papéis.

A criatividade e a espontaneidade são elementos inatos e constitutivos no desenvolvimento humano. A partir desses elementos o indivíduo se torna apto a superar situações, de modo a estimular seus órgãos para modificar suas estruturas para enfrentar novas responsabilidades. Esse movimento gera o confronto com a situação presente, em que a espontaneidade atua como a ação que se lança à situação a fim de transformá-la, tornando-se espontaneidade – criativa.

Moreno refere-se à matriz de identidade como a base para a formação da identidade humana. Segundo o pressuposto moreniano, o conceito de “matriz” desvela um universo

fundante de inter-relações que, a partir das vinculações psicossociais, ou representações de papéis, possibilitam o surgimento das qualidades humanas. A matriz de identidade seria uma espécie de placenta social do indivíduo, de onde este se nutriria de segurança e orientação, para desenvolver uma vida autônoma. De acordo com Fonseca (1980), a matriz de identidade se desenvolve em três etapas, o duplo, o espelho e a inversão de papel.

Na teoria psicodramática a transformação do indivíduo se dá a partir da mobilização dos afetos, ao exteriorizar conteúdos latentes e confrontá-los a partir da dramatização. Quando o indivíduo dramatiza uma situação vivida anteriormente, resgata experiências que propiciam ao paciente a possibilidade de media-las adequando a realidade interna e externa.

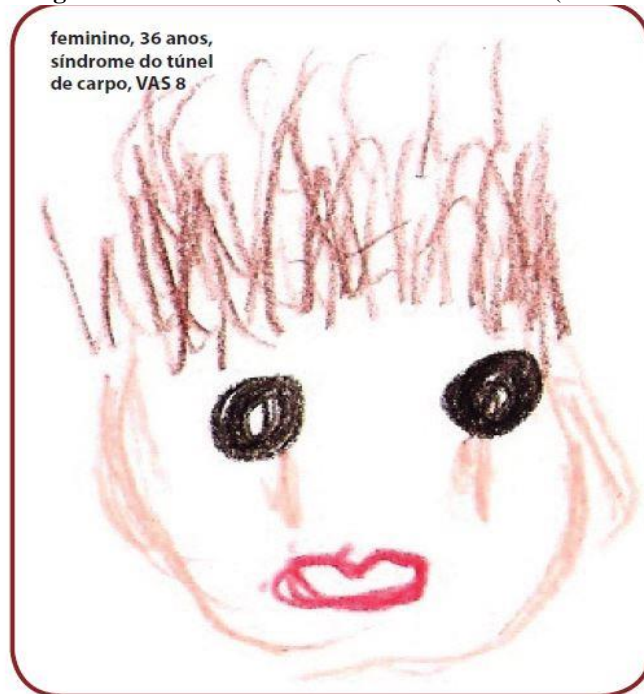
O Teste de Apercepção Temática é um instrumento psicológico do tipo projetivo, criado em 1935 por Henry A. Murray e Christina D. Morgan, e publicado oficialmente em 1943. Esse instrumento é utilizado para revelar impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos da personalidade, desvelando aspectos desconhecidos ao paciente por não ter consciência deles. O TAT também é utilizado para estudos da personalidade, interpretação do comportamento, doenças psicossomáticas, neuroses e psicoses (Brelet-Fourlard & Chabert, 2005). A aplicação do teste constitui-se na apresentação de cartões com imagens ao examinado, que é orientado a contar histórias sobre eles, inventadas sem premeditação. Segundo Murray (1964), a possibilidade das histórias elaboradas pelo examinado desvelarem componentes significativos de sua personalidade dependem tanto da tendência do indivíduo para interpretar uma situação ambígua de acordo com suas experiências passadas, quanto da inclinação daqueles que contam histórias para proceder de modo semelhante, conduzindo a narrativa de acordo com suas próprias experiências (BRELET-FOURLARD, F. & CHABERT, C., 2005; MURRAY, H.1964).

#### 4.2. APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA RETRATO DA DOR

A partir da aplicação da ferramenta é possível identificar a percepção que um doente tem em relação a sua própria dor e o sofrimento a ela associado. Para a aplicação é necessário ter em mãos uma folha de papel em branco, lápis de cor, lápis grafite e canetas hidrográficas coloridas e o roteiro do inquérito. Também é muito importante que seja realizada uma preparação inicial com o paciente, em que se pede para pessoa imaginar a sua dor, atribuir-lhe características, forma, cores. Esse exercício pode ser realizado com os olhos fechados ou como o paciente se sentir mais confortável e é importante explicar que não existe certo e errado na

execução. Após conseguir imaginar, pede-se que o paciente desenhe em uma folha de papel o que ele imaginou.

**Figura 1** – Desenho de Retrato da dor Feminino (36 anos)



Fonte: Loduca et al., 2018

Pedir para uma pessoa reproduzir de forma gráfica a dor que sente costuma surpreender os abordados, é uma tarefa desafiadora que induz a criatividade a emergir para realizá-la (LODUCA, 2007; LODUCA, *et al.* 2018). A construção do desenho, direcionado para o tema proposto pelo psicólogo, estimula a manifestação de dimensões emocionais, psicológicas e políticas, facilitando o acesso a subjetividade e emanando conteúdos latentes que pouco seriam enfatizados por métodos de cunho ortodoxo. Funciona, portanto, como método para investigação psicológica e obtenção de dados, (VERGARA, 2005). Esse acesso à subjetividade resulta de um mecanismo de projeção. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), a projeção consiste em um mecanismo de defesa primário, em que o sujeito transfere para um outro alguém/algo, desejos inconscientes. Na projeção o sujeito separa de si qualidades, desejos ou sentimentos que ele próprio, desconhece ou se recusa a assumir como seu e os direciona para outra pessoa ou coisa (LA PLANCHE & PONTALIS, 1991).

Após a elaboração do desenho pelo paciente é solicitado que ele descreva o desenho e explique a escolha das cores utilizadas. As cores, segundo Pinto (2014) são elementos simbólicos, que estimulam a criatividade e são capazes de mobilizar e expressar emoções e

afetos. Podem ser utilizadas como suporte para a captação da projeção de sentimentos e ideias (PINTO, 2014). Apesar de existirem padrões estabelecidos e aceitos popularmente relacionando determinadas cores a emoções ou elementos específicos (ex: vermelho – amor, sangue, guerra; verde – natureza; azul – tranquilidade; etc.), para a avaliação do Retrato da dor o que importa é o significado que a cor tem para cada paciente individualmente, visando perceber o que ele comunica a partir daquela escolha.

Após essa primeira etapa é realizado um inquérito com perguntas que visam ampliar a compreensão do sofrimento algico. O inquérito é composto por sete questões, cada uma delas diz respeito a uma faceta do convívio do indivíduo com a dor. Essa etapa costuma mobilizar emoções no doente, através de sete questões específicas que possibilitam ao profissional, acessar diferentes facetas do convívio do paciente com a dor, conseguindo uma postura mais reflexiva que os conduz a perceber ou reconhecer a demanda de assistência psicológica. De acordo com Loduca (2007) o inquérito é realizado na intenção de checar “emoções relacionadas à experiência de dor, enfrentamento (ativo, passivo), senso de eficácia, situações de vida que podem ser comparadas ao infortúnio atual” (LODUCA & SAMUELIAN, 2002; LODUCA & SAMUELIAN, 2009; LODUCA, A., *et al.*, 2018; LODUCA, A., FOCOSI, A., MÜLLER, B., 2019).

- Dê um nome para a sua dor:

O processo de nomear, atribui à dor uma personalidade, dissociando-a do indivíduo, torna-a um outro que não ele mesmo, que agora pode relacionar-se com de outra forma com o próprio sofrimento. A maior parte dos pacientes se utiliza de adjetivos ou expressões próprias para nomear a dor. Os adjetivos costumam evidenciar características negativas como ‘horível’, ‘insuportável’, etc. Já as expressões são mais particulares de cada paciente e indicam temas específicos a serem investigados sobre o convívio do indivíduo com a dor. Também acontece de nesse momento os pacientes utilizarem o próprio diagnóstico para nomear a dor, o que denota uma preocupação em dar precisão científica ao seu desconforto. Nesse caso o paciente se utiliza de racionalização como estratégia psíquica para lidar e justificar seu sofrimento. Na racionalização, os sentimentos conflituosos que emanam a partir da elaboração do desenho da dor são disfarçados por um discurso lógico- racional na tentativa de evitar o confronto.

- Quantos anos ela tem?

Os pacientes podem relacionar a pergunta a dor física que os incomoda no momento ou a uma dor subjetiva advinda de um outro período. Dar uma idade para a dor faz com que alguns

doentes refiram com exatidão o tempo que estão sentindo o desconforto. A resposta dada a essa pergunta dará pistas a respeito da relação tempo-dor na concepção do paciente, o profissional vai conseguir estabelecer se esta relação se dá no tempo lógico ou subjetivo. Alguns pacientes costumam responder de forma extremamente específica, a essa pergunta declarando uma resposta tão específica que chegam a detalhar o número de dias, como por exemplo ‘Minha dor tem dois anos, três meses e quinze dias’, o que demonstra uma intensa concentração do paciente com seu desconforto físico. Existem casos em que o paciente declara uma idade para a dor que excede até mesmo seu tempo de vida, como por exemplo um paciente dizer que sua dor tem cem anos, uma espécie de idade subjetiva que indica uma superestimação do sofrimento. Essa análise deve ser feita sempre considerando o sofrimento vivido pelo paciente.

- O que você pensa quando olha para ela?

A partir desse questionamento o profissional pretende auxiliar o indivíduo a identificar que emoções a dor desperta nele, as respostas mais comuns giram em torno de adjetivos que qualificam a experiência como desagradável predominam como tristeza, raiva, desespero etc.

- Como é conviver com ela?

As respostas dos pacientes geralmente expressam um convívio ruim, associados a vivências negativas.

- Alguém pode ajudar ou algo pode ser feito para diminuir essa dor?

O objetivo dessa pergunta é averiguar se o indivíduo conta com uma rede de apoio e descobrir quais as crenças que ele apresenta sobre o que pode ajudá-lo a diminuir a dor, quais suas expectativas e seu nível de dependência de cuidado alheio.

- E você, pode fazer alguma coisa?

Esta pergunta visa identificar os recursos de enfrentamento (*coping*) de que o indivíduo dispõe para lidar com a dor. Muitas vezes indica quando ele assume uma postura mais ativa ou passiva em relação a sua dor e ao tratamento.

Depois de todo esse processo de exercício mental o paciente já acessou muitos conteúdos latentes e deverá estar mais preparado para responder a última pergunta, que não por acaso é também a mais reveladora.

- Teve algum momento na sua vida que tivesse sido igual ou pior do que esta dor? Não precisa estar relacionado a doença, pode ser qualquer coisa que se assemelhe ao seu sofrimento atual.

É uma pergunta importante pois estimula o paciente a retomar o seu repertório de experiências dolorosas (físicas ou emocionais) e isto dilui o foco de sofrimento da experiência atual e mais, por vezes explicita a presença de conflitos emocionais favorecendo a demanda de assistência psicológica. Muitas vezes, apesar da moléstia do paciente lhe causar muita dor, o evento trazido como resposta não tenha a menor ligação com a doença.

#### 4.3. REPRESENTAÇÕES COMUNS NO RETRATO DA DOR:

É importante levar em conta que existem algumas formas representações são coletivamente aceitas de acordo com cada grupo social. Nas aplicações do Retrato da dor existem algumas figuras comuns que aparecem com frequência nos resultados apresentados pelo paciente (LODUCA, A. et al.2018). Os retratos de cenas, por exemplo, em que o doente constrói elementos de uma cena para tentar a partir dela, representar a sua dor. As vezes isso é feito para construir uma analogia, o paciente retrata uma cena em que acontece algo parecido com a sua dor, estabelecendo analogias à sensação, que ultrapassam definir formatos. Por exemplo, uma pessoa encostando em uma panela quente, para simbolizar a dor em queimação que sente. Outras vezes utilizam esse recurso para contar uma história, construindo o enredo a partir do desenho. Também é recorrente os pacientes representarem a dor com figuras monstruosas, como se quisessem explicar o quanto aquela dor os atormenta. Também há, em alguns casos, ligação com a religiosidade, a imagem da dor pode surgir como uma representação do mal, de acordo com as crenças do paciente (LODUCA, A. et al.2018).

Imagens de objetos ou figuras que expressem o desconforto físico são também um recurso comum apresentado nesse experimento, os pacientes costumam desenhar um objeto qualquer que represente sua sensação de dor, como objetos pontiagudos para sensação de pontadas ou algo que irradia, para representar uma dor latejante. Outra prática comum é desenhar partes do corpo, em geral os pacientes retratam a parte do corpo em que sentem dor, alguns fazem autorretratos, ou desenhos de corpo inteiro, evidenciando as partes do corpo em que sofrem suas dores, seja a partir de cores ou da representação de corpos mutilados ou em situação de sofrimento. A cor vermelha é muito utilizada nesse processo, costuma ser usada para evidenciar a dor. (LODUCA, A. et al.2018).

**Figura 2** – Retratos de Dor



(Compilação da autora) Fonte: Loduca et al., 2018.

A observação do uso do Retrato da Dor na prática clínica resultou na constatação de que ele mobiliza emoções e minimiza defesas, no paciente. Isso leva a uma ampliação da percepção do paciente que passa a compreender necessidade de apoio psicológico, favorecendo a adesão ao tratamento (LODUCA & SAMUELIAN, 2002; LODUCA & SAMUELIAN, 2009; LODUCA, *et al.* 2018).

A partir dos resultados desse experimento é possível identificar a dor do modo como o paciente a percebe, amenizar os mecanismos de racionalização, permitindo a obtenção de informações importantes em um curto espaço de tempo; trazer conteúdos que o próprio indivíduo desconhece (latentes); e por ser o próprio paciente que está produzindo, ele se compromete com o trabalho que está sendo realizado. Além disso, permite o reconhecimento de influências de fatores psicológicos na percepção da dor. (LODUCA, 2007; LODUCA, A., FOCOSI, A., MÜLLER, B., 2019).

## 5. FRIDA KAHLO E OS RETRATOS DE SUA DOR

Frida Kahlo expressiu através das cores alegres e vivas a tragédia da existência humana, suas telas contam uma história incontestavelmente sua. Em uma declaração acerca de sua arte ela explica: “Minha pintura traz consigo a mensagem da dor” (TIBOL, 2004 p. 50) e o desafio a que esse artigo se propôs foi o de tentar desvendar essa mensagem. Por meio do referencial teórico aqui tratado, a intenção desta análise foi a de desvelar o significado da dor para a artista. Para isso partiu-se da premissa de que a obra de Frida se configura enquanto arte

autobiográfica. Uma autobiografia significa, de acordo com Bueno (1985): (Au.to.bi.o.gra.fi.a) “Vida de um indivíduo escrita por ele mesmo”, nesse caso o sufixo ‘grafia’ é compreendido como um indicador da palavra escrita em produção textual. De acordo com o (Bechara (2011): (Au.to.bi.o.gra.fi.a) “Narração da própria vida”, nesse caso a palavra ‘narração’ amplia o entendimento a respeito da forma como a história pessoal será transmitida, não o restringindo a escrita. Para esta análise concebeu-se enquanto autobiográfico a conotação poética adotada por Macedo (2008) em que grafia não denota necessariamente o sentido de escrita na linguagem literária, logo:

A arte autobiográfica, portanto, é a que testemunha a vida do artista criador, recriando seu universo particular e suas experiências vividas, numa escrita única. Trata-se da transfiguração da própria vida em cores, imagens, sons ou qualquer outra forma de expressão artística, de uma maneira intensa e urgente. (MACEDO, 2008, p.5-6)

A composição artística de Frida Kahlo é um grande relato da sua vida e da sua dor, ao observar suas telas é possível acessar desde suas raízes familiares até os aspectos mais reservados de sua intimidade. A própria artista afirma, “Minha obra é a biografia mais completa que se pode fazer sobre mim” (JAMIS, 1995, p. 142). Frida chegou a falar sobre isso em outro momento:

Às vezes me pergunto se minha pintura não foi, pela maneira como a conduzi, mais parecida com a obra de um escritor do que de um pintor. Uma espécie de diário, a correspondência de toda uma vida (...). Aliás meus quadros, eu os ofereci quase todos, sempre foram destinados a alguém desde o começo. Como cartas. Minha obra: a biografia mais completa que jamais poderia ser feita de mim. (JAMIS, R. 1987, p. 186-187)

Em vista do extenso material disponível e de fácil acesso, considerou-se possível adaptar os recursos do Retrato da Dor para realizar uma análise interpretativa, sem intenção de inferir diagnósticos, a relação entre Frida e sua dor.

Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón nasceu em seis de julho em Coyocán, uma pequena cidade nos arredores do México. Seu pai, Guillermo Kahlo, um fotógrafo judeu, descendente de alemães austro húngaros e sua mãe Matilde Calderón y Gonzales, uma mulher devota do catolicismo, descendente de espanhóis e indígenas. Frida conhece o sofrimento desde muito cedo, pois nasce em um momento marcado pelo luto de sua mãe. Matilde adoece gravemente após o nascimento de Frida, ficando impossibilitada de amamentá-la. Frida passa a ser amamentada por uma ama de leite. Aos seis anos é uma das inúmeras vítimas da poliomielite e fica hospitalizada por meses, sozinha. Nesse período cria seu primeiro duplo, uma amiga imaginária que a ajudava a superar a solidão. Apesar de vencer a doença, ficou marcada para sempre com uma deformidade em sua perna que lhe rendeu o apelido ‘Frida perna de pau’ e complexos que carregou consigo para a vida adulta. Em 1925 uma jovem e

rebelde Frida, que promovia motins, seduzia garotos e desbravava o mundo em sua bicicleta, foi vítima de um drástico acidente que transpassou seu corpo e sua vida. (HERRERA, 2011)

Retratar sua dor foi a forma que ela encontrou de se comunicar, de expressar todo o sofrimento que sua nova realidade lhe causava. Frida retratou a dor, por toda a sua vida, a cada tela é possível perceber diferentes nuances de sua história. Ao longo dos últimos dez anos de sua vida, dedicou-se à escrita de um diário íntimo, por volta do ano de 1943 até o ano de sua morte, 1954.

- CORES DE FRIDA KAHLO

As cores são um fator preponderante da estética de Frida Kahlo, marcada por um lirismo colorido, típico de suas raízes mexicanas, as cores são brilhantes e provocativas, despertando o desejo ou a repulsa do expectador. As principais cores em suas telas são os verdes que compõem a vegetação árida de sua região, os tons desérticos da terracota e as cores intensas da *'fiesta dos muertos'*, e por último o vermelho sangue, a cor que nunca conseguiu apagar de sua memória (HERRERA, 2011). As cores de Frida Kahlo possuem uma simbologia própria, Frida elabora o sentido delas através experimentações léxicas, com palavras que fluem livres, traduzindo suas próprias emoções. O jogo das cores e palavras desenvolve metáforas e aprofunda sentimentos, numa linguagem única que se materializa em suas telas, estabelecendo uma relação íntima entre a criadora e o sentido de sua criação.

O verde: luz quente e boa.

Violeta-avermelhado: Asteca. Tlapali [palavra asteca para “cor” usada na pintura e no desenho].

Sangue velho da figueira-da índia.

A mais viva e mais velha.

Café: cor do mole, da folha que se vai; Terra.

Amarelo: loucura, doença, medo. Parte do sol e da alegria.

Azul cobalto: eletricidade e pureza. Amor.

Preto: nada é preto, realmente nada.

Verde folha: folhas, tristeza, ciência. A Alemanha inteira é dessa cor.

Amarelo verdoso: mais loucura e mistério. Todos os fantasmas usam ternos dessa cor [...] ou pelo menos, roupas íntimas.

Verde escuro: cor das más notícias e dos bons negócios.

Azul marinho: distância. A ternura também pode ser deste tom de azul.

Magenta: sangue? Pois, quem sabe! (HERRERA, 2011, p. 345-346)

- NOMEAR A DOR

A nomenclatura das telas de Frida é caracterizada por uma simplicidade literal e descritiva. Em geral, seus quadros possuem títulos funcionais, tal como uma legenda, identificando quem, onde ou o que é retratado na imagem, como em *'Minha ama e eu'* (1937),

‘Meus avós, meus pais e eu’ (1936), ‘Pitaias’ (1938) e ‘Autorretrato na Fronteira entre o México e os Estados Unidos’ (1932). São poucos os títulos que desviam desse perfil, denotando uma expressividade, em se possa inferir sentimento ou subjetividade, como ‘Sem esperança’ (1945) e ‘Lembrança’ (1937). Mesmo que a imagem na tela tenha elementos facilmente identificáveis que denotem sentimentos, estes, dificilmente são identificados nos títulos. Pode-se atribuir esse dado à um estilo pessoal de Frida, mas também é possível inferir, na ótica de avaliação do Retrato da Dor, que se trata de um mecanismo de defesa, a racionalização. A pintora que ilustra sua vida e seus sentimentos mais profundos, não parece conseguir nomeá-los ou confessá-los publicamente.

Um exemplo muito claro desse mecanismo é a tela ‘Hospital Henry Ford’ (1932), em que retrata a si mesma em uma grande cama de hospital, com lágrimas nos olhos, barriga ainda inchada, e seis elementos diferentes, incluindo um feto do sexo masculino e um molde ortopédico da zona pélvica, em torno dela presos à sua mão por fitas vermelhas, como se fossem cordões umbilicais. Apesar da mensagem explícita do ressentimento pelo acidente que deformou seu corpo e lhe roubou o direito à maternidade e o luto pelo filho morto, apesar de retratar as lágrimas, a nudez, o sangue, e denunciar seu sofrimento e suas angústias de forma figurativa, preferiu não verbalizar a sua dor e nomeou a tela pelo nome do hospital em que passou por essa experiência infeliz.

É importante acentuar que Frida passou por outros abortos ao longo de sua vida até conformar-se com a impossibilidade da maternidade. Ela também pintou muitas outras telas em que representava seu desejo e seu sofrimento em relação à maternidade. Em 1931 ela iniciou uma tela nunca finalizada que se intitulava ‘Frida e a Cesariana’. No mesmo ano, desenha ‘Frida e o aborto’ e em 1938 pinta ‘Menina com a máscara da morte’, todas na mesma temática. Apesar de construir cenas em que é evidente a temática, apesar dos títulos se referirem à cesariana e aborto, não há palavra alguma que denote sentimento ou sensação nessas telas.

**Figura 3** – Hospital Henry Ford (1932)



Fonte: GoogleArts&Culture (2019)

- “TENHO SENTIDO DOR POR TODA A MINHA VIDA”

Frida experienciou a dor muito cedo por conta da poliomielite, de modo que é possível considerar que sua dor teve início nesse período, aos seis anos de idade. Em sua tela de 1938, Frida destaca a seguinte inscrição que depois intitulou a obra: “Eles pedem aviões e ganham asas de palha”. Ela se referia a algumas decepções que sofrera na infância, a partir do episódio em que seus pais a vestiram com um manto branco e asas para representar um anjo, mas Frida ficou muito decepcionada ao perceber que aquelas asas eram incapazes de voar (HERRERA, 2011). Além disso, a pequena Frida na tela, ela aparenta ter sete anos, segura um aeromodelo, teria sido um pedido da pequena Frida que queria ganhá-lo de presente, mas não foi correspondida. A artista utiliza essa desventura infantil e essa inscrição para o seu humor irônico expressar a decepção do momento que ela vivenciava. Não há referência direta a dor, mas as cordas presas representam a imobilidade que ela sofria, o aeromodelo representava o desejo e as asas de palha a frustração. De modo que a tela comunica sua lembrança de uma pequena decepção infantil, a recordação de ter sido privada de sua liberdade de movimento quando acometida da pólio e a frustração presente na época em pinta a tela, ela estava imobilizada por conta de uma cirurgia no pé. É possível também que quando se refira a sentir dor por toda a sua vida ela esteja se referindo a uma dor existencial, por conta do abandono maternal, uma sensação de solidão

e desamparo que a acompanhou até a vida adulta. Sua mãe a gerou em um estado de profunda depressão, logo após a perda de um filho homem, de modo que quando Frida nasceu não houve uma conexão muito forte entre ela e sua genitora. Frida conta esse episódio em telas como ‘Meu nascimento’ (1932) e ‘Minha ama e eu’ (1937) que serão abordadas mais à frente.

**Figura 4** - Eles pedem aviões e ganham asas de palha (1938)



Fonte: GoogleArt&Cultura (2019)

- O QUE VOCÊ PENSA QUANDO OLHA PARA ELA?

Essa é sem dúvidas, a mais difícil de responder devido ao caráter estritamente pessoal da mesma, a saber ‘o que você pensa quando olha para ela?’. A partir desse questionamento o profissional pretende auxiliar o indivíduo a identificar que emoções a dor desperta nele, as respostas mais comuns giram em torno de adjetivos que qualificam a experiência como desagradável predominam como tristeza, raiva, desespero etc. Não há como saber como Frida se sentia ao olhar para as próprias telas, apenas inferir a partir de elementos trazidos pela a artista algum tipo de sentimento que possa ser captado. A produção artística para Frida era uma

necessidade vital, ela ansiava por expressar seus estados emocionais, buscava quadro a quadro comunicar ao observador o sofrimento que lhe consumia. A pintora dizia que não fazia arte, apenas pintava seus temas privados, externalizava suas experiências e contava ao mundo o que vivia. A tela funcionava como uma janela da psique que aliviava suas angústias em busca de um sentimento de integração (LEVINZON, 2009). Frida confirma esse raciocínio em diversos momentos, quando diz coisas como ‘Eu pinto a mim mesma’; ou sobre suas obras, ‘são a expressão mais sincera de mim mesma’, e ainda, ‘Minha pintura naturalmente reflete (...) meu estado de espírito’.

Mais do que um processo de sublimação, no qual as pulsões instintivas são desviadas de suas metas para objetivos socialmente valorizados, a pintura de Frida parece representar um movimento dramático e repetido, visando contenção e integração psíquica. (LEVINZON, 2009)

Levizon (2009) acredita que Frida transformou o fazer artístico em uma busca de cura, que se daria a partir dessa representação genuína de si mesma e dos seus sentimentos. Esse mecanismo lhe possibilitou expressar e elaborar pensamentos e emoções profundas, como por exemplo no episódio da amputação de seu pé, em que ela produziu uma de suas mais emblemáticas obras em seu diário ‘*Pés para que te quero, se tenho asas para voar*’ Frida conseguiu elaborar os medos que permeavam esse momento, desenvolvendo asas imaginárias que tornaram seu sofrimento mais suportável. A própria autora explica, sobre sua arte:

Não me permitiram preencher os desejos que a maioria das pessoas considera normal, e nada me pareceu mais natural do que pintar o que não foi preenchido (...) Minhas pinturas são (...) a mais franca expressão de mim mesma, sem levar em consideração julgamentos ou preconceitos de quem quer que seja (...) Muitas vidas não seriam suficientes para pintar da forma como eu desejaria e tudo que eu gostaria. (HERRERA, 2011 p. 317)

Portanto Frida assume que a tela é para ela como uma extensão da própria realidade, onde pode representar seus sentimentos, suas perdas, suas dores, ‘Perdi três filhos. [...] As pinturas substituíram tudo isso’.

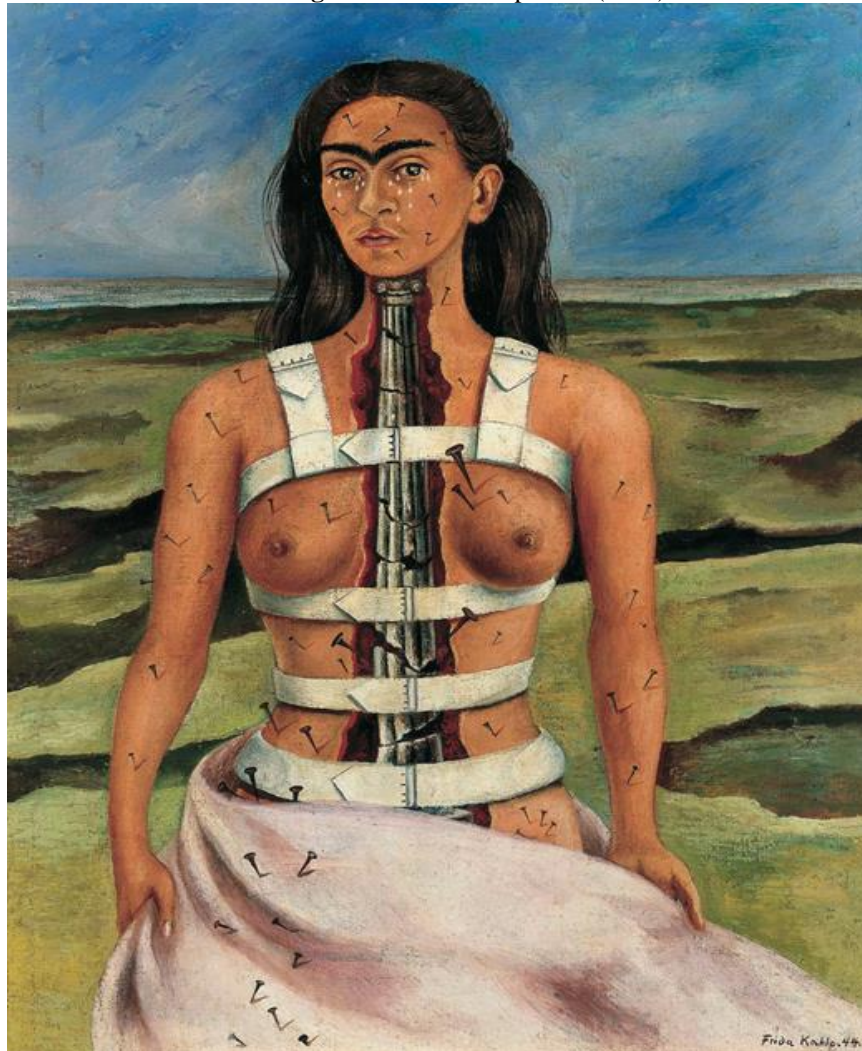
- A CONVIVÊNCIA COM A DOR

“Fratura de terceira e quarta vértebras lombares, três fraturas na bacia, onze fraturas no pé direito, luxação do cotovelo esquerdo, ferimento profundo do abdômen, produzido por uma barra de ferro que entrou pelo quadril esquerdo e saiu pelo sexo, rasgando o lábio esquerdo. Peritonite aguda. Cistite precisando de sonda por muitos dias” (Rauda Jamis. 1987, p.78).

Frida passou meses se recuperando no hospital, longe de seus amigos e família, enviava cartas quando tinha forças para escrever, sentia-se profundamente só. Depois da

primeira recuperação precisou fazer outras cirurgias, voltando a ficar isolada e fazendo o uso de coletes de sustentação para o seu corpo (HERRERA, 2011), era uma situação de extremo sofrimento para Frida, sofrimento que foi expressado em sua tela mais emblemática ‘A coluna partida’ (1944). Nessa obra, Frida compõe um autorretrato em que aparece usando um colete de aço para controle do quadro de dor, o material metálico indica intenso desconforto, as tiras do colete permitem ver o corpo nu, que está cindido. Sua coluna vertebral é representada por uma coluna jônica que está fragilizada e partida em vários lugares. Seu corpo está coberto de pregos encravados na pele e que indicam dor em pontadas por todo o seu corpo martirizado. A paisagem desértica acentua o sofrimento pois é uma metáfora para a solidão que ela sente.

**Figura 5** – A coluna partida (1944)



Fonte: GoogleArt&Culture (2019)

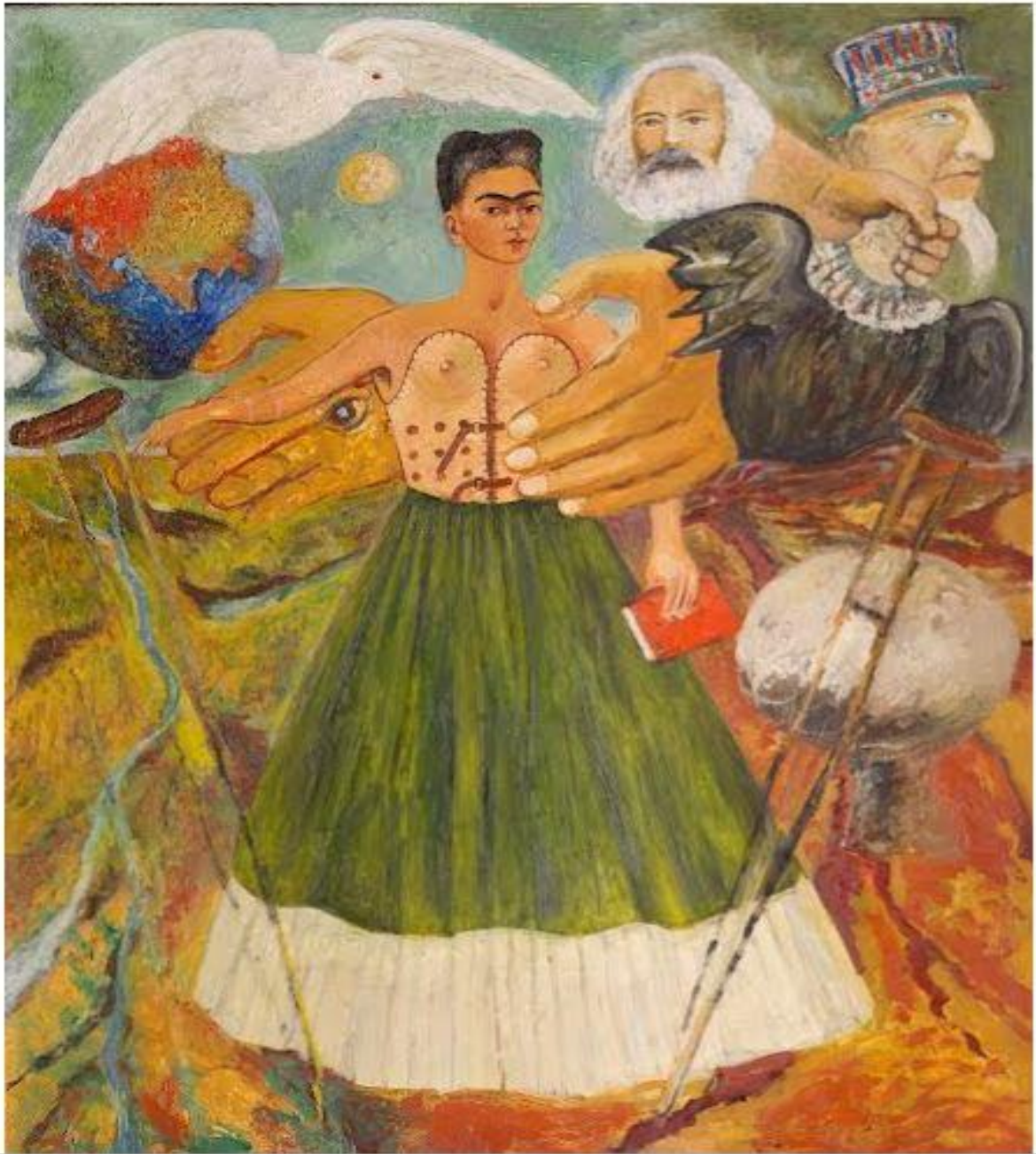
- **ALGUÉM PODE AJUDAR OU ALGO PODE SER FEITO PARA DIMINUIR A SUA DOR?**

Em casos tão extremos como o de Frida, é imprescindível que o doente tenha uma rede de apoio disposta a exercer os cuidados básicos e fazer companhia. Frida tem essa rede de apoio, é a favorita de seu pai, o relacionamento entre eles é muito terno, entretanto ele é epilético e tem crises periodicamente, além de ter um comportamento austero e distanciado da família. Falece alguns anos antes de Frida, o que lhe causou intenso sofrimento. A partir do acidente, Frida passa a contar com apoio de sua família, eles se prontificam a cuidar dela, é uma família muito devotada, mas também um pouco disfuncional. Aos 18 anos de idade, eles são tudo o que Frida tem, cuidam dela e lhe possibilitam pintar com o cavalete adaptado à cama.

Também é fundamental que o paciente com dor crônica exerça atividades que estimulantes que os retirem da imersão na dor. Frida inicia a pintura para se distrair do tédio e a pintura se torna sua principal válvula de escape. Ela pinta retratos das irmãs e autorretratos. Sobre isso a autora explica, ‘Pinto a mim mesma porque estou quase sempre sozinha e porque sou o assunto que conheço melhor’. Frida possui irmãs também amorosas e que lhe visitam e cuidam. Esse contexto é altamente proveitoso para um paciente com dor crônica, ela tem companhia, afeto, pratica uma atividade e aprende coisas novas. Com o tempo, Frida passa por episódios de melhoras seguidos de novos períodos de repouso e isolamento. A pintura a acompanhou em todas essas etapas, tornou-se mais que um simples passatempo, tornou-se sua profissão e sua identidade.

Além da pintura, Frida também é fortemente marcada por seu posicionamento político. Mesmo doente Frida participou ativamente de movimentos políticos e manifestações públicas contra governos vigentes. Os ideais marxistas da pintora eram algo do qual ela não abria mão. Frida ama tão fervorosamente a revolução que alterou a própria data de nascimento para acompanhá-la. A revolução trazia-lhe esperanças e animo, ela sentia que tinha algo pelo que melhorar: ‘Preciso lutar com todas as minhas forças para que as pequenas coisas positivas que minha saúde me permite fazer sejam direcionadas para ajudar a revolução. A única razão real para viver’. Pela voz da própria Frida: ‘Só quero três coisas da vida: viver com Diego, seguir pintando e pertencer ao Partido Comunista Mexicano’.

**Figura 6** – O Marxismo dará saúde aos doentes (1954)



Fonte: GoogleArt&Cultura

- E VOCÊ, PODE FAZER ALGUMA COISA?

‘Acredito que trabalhando eu vou esquecer os sofrimentos e vou conseguir ficar um pouco mais feliz’. A obra de Frida Kahlo foi marcada por muitas perdas, pintar foi a maneira que ela encontrou de elaborar seus lutos diários e de suportar a difícil condição que a acompanhou a maior parte de sua vida.

- TEVE ALGUM MOMENTO NA SUA VIDA QUE TIVESSE SIDO IGUAL OU PIOR DO QUE ESTA DOR? NÃO PRECISA ESTAR RELACIONADO A

## DOENÇA, PODE SER QUALQUER COISA QUE SE ASSEMELHE AO SEU SOFRIMENTO ATUAL.

Muitas vezes, apesar da moléstia do paciente lhe causar muita dor, o evento trazido como resposta não tem a menor ligação com a doença, esse também é o caso de Frida. Frida sofre diversas doenças e lesões, chega a firmar que teve dor a sua vida inteira, mas a pior dor relatada por ela sua relação amorosa com Diego Rivera, como chegou a declarar: ‘Eu sofri dois acidentes graves na minha vida, um em que o ônibus me levou ao chão... O outro acidente é Diego. Diego foi o pior’.

### 5.1. ELEMENTOS COMUNS NA REPRESENTAÇÃO DE FRIDA KAHLO

- RETRATO DE CENAS/ RACIONALIZAÇÃO

Existem várias obras em que Frida retratam cenas, em ‘Minha ama e eu’ (1937), Frida retrata a si mesma sendo amamentada por uma ama de leite. A ama não tem rosto, veste uma máscara, é uma entidade inexpressiva e estática. Não há vínculos entre as duas pessoas na tela, a Frida bebê olha para o observador, ciente de sua má sorte. Essa tela evidencia o sentimento de abandono que a autora sente, por parte da mãe.

**Figura 7** – Minha ama e eu (1937)



Fonte: GoogleArt&Culture (2019)

A tela ‘Sem esperança’ (1945) é um duplo da primeira, nela uma Frida adulta é alimentada mecanicamente. Ela utiliza a imagem de um funil com toda espécie de coisas servindo de alimento, sendo depositados diretamente em sua boca. Não há expressividade no rosto de Frida, ela parece indefesa, mais indefesa que a Frida bebê da primeira tela (fig.7).

Figura 8 – Sem esperança (1945)



Fonte: GoogleArt&Culture (2019)

A infidelidade persistente de Diego Rivera foi a causa de muito sofrimento para Frida, eles se casaram duas vezes, entre idas e vindas, mas Diego nunca lhe foi fiel. Em 1934, Diego Rivera e Cristina Kahlo, esposo e irmã da artista, se relacionaram amorosamente e foram descobertos. Foi uma grande decepção para a pintora, que pouco depois, pinta essa peculiar tela (Fig.8) retrata a cena de folhetim de jornal, uma mulher assassinada brutalmente pelo marido, a facadas. Na cena, pássaros carregam uma faixa sobre eles, em que está escrita a frase que se tornou o título da obra ‘*unos quantos pequetitos*’ ou ‘*umas facadinhas de nada*’.

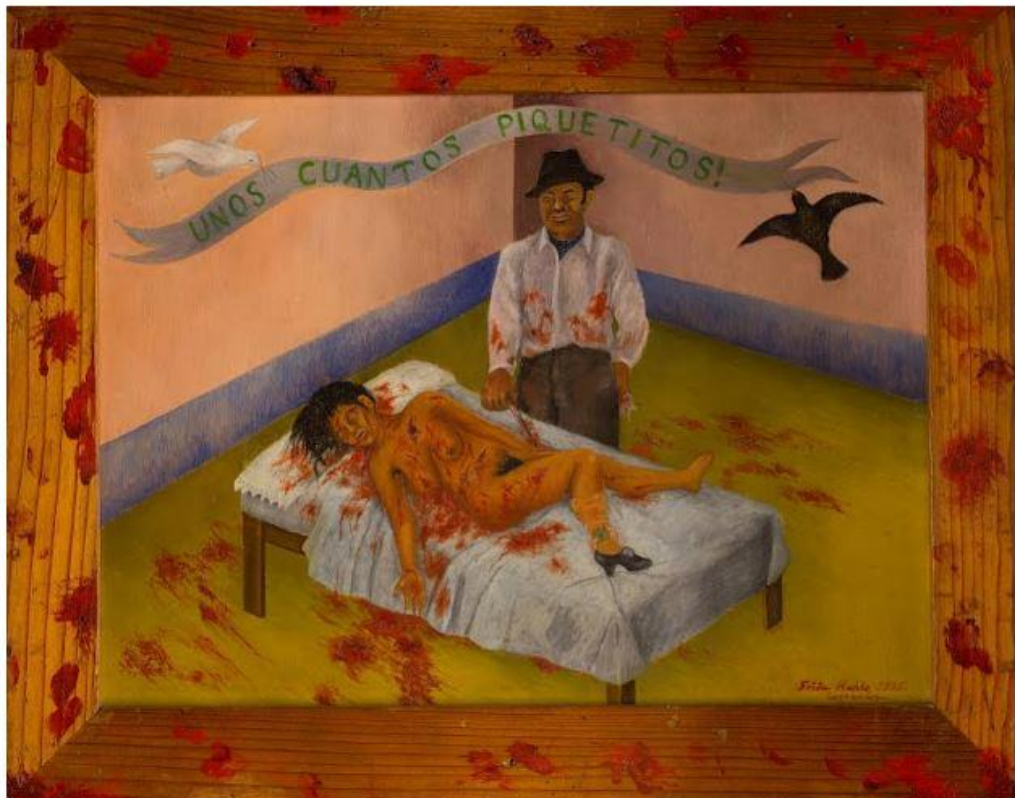
A utilização de frases ou expressões com significado pessoal também são marcantes na obra de Frida. Nesse caso, o tema da obra é o infortúnio de outra mulher,

um caso que se tornou público e apareceu nos jornais da época. O marido ao ser preso teria proferido a frase, ‘Mas tudo o que eu fiz com ela foi dar umas facadinhas de nada!’.

Foi um quadro em que Frida trabalhou muito, tanto nos detalhes da pintura quanto na forma de emoldurar, em madeira lisa cavou alguns buracos e pintou-os de vermelho para que parecesse sangue, reforçando o impacto causado pela pintura.

Era curioso que no auge de seu sofrimento depois de ter sido duplamente traída, Frida não tenha pintado nada a respeito. Em vez disso, Frida, a especialista em autorretratos de propõe a pintar uma cena jornalística, coisa que ela não tornou a fazer em outro momento. A artista trabalha todos os detalhes de uma cena que não é sua, em que outra mulher protagoniza? A traição de sua irmã foi um golpe muito violento para Frida, ela precisou racionalizar para conseguir se expressar e o fez por meio da representação de uma dor alheia, mas o fez com tanta maestria que não há quem não diria que era sua a dor.

**Figura 9** - Umas facadinhas de nada (1935)



Fonte: GoogleArt&Culture (2019)

## 6. DISCUSSÃO

As telas de Frida revelam a história de uma sobrevivente, sua dor grita nas cores fortes e na textura fibrosa dos órgãos a mostra. Seus símbolos são inconfundíveis e não há dúvidas

quanto ao que a pintora queria comunicar. Acompanhando suas biografias e suas telas é possível compreender um percurso de amadurecimento da pintora em sua reação e convívio com a dor. Frida iniciou sua trajetória pintando autorretratos e disfarçando suas condições físicas, e ao fim de sua vida despia-se nas telas, escancarando ao observador sua realidade. Suas produções são figurativas, compostas de múltiplos elementos e rica em detalhes.

Frida se permite vivenciar aventuras amorosas e divertimentos boêmios, a dor não a paralisa, nessas aventuras ela conhece Diego Rivera, apaixona-se perdidamente, se casa com ele. O casamento, entretanto, lhe traz muitos sofrimentos, primeiros com os abortos e a constatação de que não poderia ser mãe, depois com as traições do marido. A vida de Frida é uma avalanche de sofrimento, mas ela se dedica ainda mais a pintura e nesse período pinta suas telas mais importantes.

A pintura se torna seu maior recurso de enfrentamento para a vida difícil que leva. A arte para Frida se converteu em um mecanismo de cura, através de seu trabalho artístico expressou sentimentos genuínos e profundos, elaborou conflitos carregados desde a tenra infância. Ser pintora era muito importante para ela, era uma forma de expressar todos os sentimentos que permeavam sua mente. Em sua trajetória, utilizou diversos recursos para conseguir seguir com sua vida apesar da dor, o trabalho, os relacionamentos, as lutas sociais. Entretanto, como qualquer outro sofredor de dor crônica, como o tempo continuava trazendo mais dor, os recursos já não serviam como antes. A começar por ter lhe tolhido as escolhas de futuro, a jovem estudante de medicina precisou aceitar o fim precoce desse sonho e começar a construir outros objetivos. E assim o fez, através da pintura.

Frida continuava precisando recorrer a tratamentos médicos dispendiosos e o seu trabalho, que era inicialmente uma maneira de conseguir assimilar todo o sofrimento se torna também ele, um causador de sofrimento. Frida precisa pintar mais rápido para vender as telas, precisa de dinheiro para pagar despesas médicas e sustentar a casa. Se vê angustiada para pintar e vender telas, muda inclusive o seu estilo já ao fim de sua vida, pois não possui mais a mesma destreza de antes e sente muita dor para pintar.

A observação do trabalho da artista, guiada pelo uso do Retrato da Dor resultou na constatação de que Frida pintava suas emoções, utilizando a pintura como linguagem. A partir desse processo entrava em contato consigo mesma em um exercício de autoconhecimento, que leva a uma ampliação da percepção. Frida mantinha projetos para o futuro, fazia planos, queria 'viver la vida', sabia aproveitar o lado bom das coisas e em diversos momentos se mostrava otimista. Algumas dores eram mais profundas que outras e foi possível identifica-las a partir da

percepção do uso mecanismos de defesa como a racionalização. Apesar disso Frida não se esconde, pelo contrário, se exhibe, se integra àquela que lhe corrói os ossos e faz dela sua musa.

## REFERÊNCIAS

- BALLONE, Geraldo J. Imunidade e emoções. In: **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática**. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Manole, pp. 201-222, 2007.
- BASTOS, Daniela F. et al. Dor. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582007000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582007000100007&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 14/04/2019.
- BARBOSA, Plácido. **Dicionário de terminologia médica portuguesa**. Rio de Janeiro: Liv. Francisco Alves, 1917.
- BECHARA, Evanildo. (org.) **Dicionário Escolar da Academia Brasileira de Letras – Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2011.
- BESSET, Vera L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista in Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza**, Vol. X, no 4, p. 1245-1269, dez/2010. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4968/3976> Acesso em: 22/04/2019.
- BENNETT, Michael et al. Can pain canbe more or less neuropathic? Comparison of symptom assessmenttools with ratings ofcertainty by clinicians. In: **PAIN-The Journal of the International Assocation for the Study of Pain**, n 122 v.3, p. 289-294. Jun/2006.
- BONICA, John Joseph & LOESER, John D. History of pain concepts and therapies. In: J.D. Loeser, S.H. Butler, C.R. Chapman & D.C. Turk (Eds) **Bonica's management of pain** 3rd., p. 3-16. Philadelphia: Williams & Wilkins, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 19 de 03 de Janeiro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: MS, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html) Acesso em: 13/05/2019.
- BRANDÃO, Jorge. **Dor neuropática vs dor nociceptiva**. Disponível em:<<https://www.dnoticias.pt/opiniao/artigos/424874-dor-neuropatica-vs-dor-nociceptiva-PMDN424874>> Acesso em: 23/04/2019.
- BUENO, Silveira F. da. (org) **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. (8ª ed) Rio de Janeiro: FENAME, 1985.
- BURRUS, Christina. **Frida Kahlo. Painting her own reality**. New York: Abrams, 2008.
- CARVALHO, Maria M. M. J. O Sofrimento da dor em câncer. In : CARVALHO, Maria M. M. J. (Eds.), **Introdução à psiconcologia** (1ª ed., pp. 103-118). São Paulo: Livro Pleno, 2003.
- COHEN. Ruth Helena. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza. Vol. X, nº 4, p. 1243-1267, 2010.

COURTNEY Carol, O'HEARN Michael, Franck Carla. Frida Kahlo: Portrait of Chronic Pain, **Physical Therapy**, Volume 97, Issue 1, January 2017, p. 90–96. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20160036> Acesso em: 3/04/2019 (Tradução da autora).

DA SILVA, José A., RIBEIRO-FILHO, Nilton P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, jun 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180600132011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132011000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 May 2019.

ELLIOTT, Alison M. et al.. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*, Nova Iorque, v. 354, p. 1248-1252, 1999.

FATOR, Tânia. **A teoria psicodramática e o desenvolvimento do papel profissional**. In: Repositório Digital USCS, 2010. Disponível em: <http://repositorio.uscs.edu.br/handle/123456789/131> Acesso em: 18/05/2019.

FONSECA, J. **Psicodrama da loucura** – correlações entre Buber e Moreno (4ª ed). São Paulo: Agora, 1980.

FONSECA, J. **Psicologia do adoecer**. Em J. Fonseca, *Psicoterapia da relação*. São Paulo: Agora, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOURLARD, Brelet Françoise & CHABERT, Catherine. **O novo manual do TAT: abordagem psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2005.

FRUTUOSO, Joselma T., CRUZ, Roberto M. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-114, nov. 2004. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167704712004000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712004000200005&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 30/05/2019.

FUENTES, Carlos. Introdução. In: KAHLO, Frida. **O diário de Frida Kahlo: um auto-retrato íntimo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

FULLEYLOVE, Rebeca. **Os significados ocultos nos quadros de Frida Kahlo**. Google Arts & Culture. Disponível em: <https://artsandculture.google.com/theme/MwISAVsIDncgLQ> Acesso em: 21/04/2019.

GARCIA, João B. S. et al. Dores neuropáticas centrais. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 67-71, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180600132016000500067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132016000500067&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 28/05/2019.

GONÇALVES, Camila; WOLFF, José Roberto; ALMEIDA, Wilson. **Lições de psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo: Agora, 1988.

GOOGLEART&CUTURA. Disponível em: <https://artsandculture.google.com/project/frida-kahlo>  
Acesso em: 21/03/2019

GREENSPAN JD, TREEDE R, TASKER RR, LENZ FA. Central Pain States. In: Fishman SM, BALLANTYNE JC, RATHMELL JP, editors. **Bonica's Management of Pain** 4<sup>th</sup> ed. Lippincott: Williams and Wilkins, p.357-74, 2010.

GUIR, Jean. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

HERRERA, Hayden. (1983) **Frida, a biografia**. São Paulo: Globo, 2011.

HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 56-66, Feb. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S048250042010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042010000100006&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 02 May 2019.

IASP, **International Association for the Study of Pain. 2013**. In: <[www.iasp-pain.org/](http://www.iasp-pain.org/)>  
Acesso em: 13/04/2019.

JAMIS, Rauda. **Frida Kahlo**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KAHLO, Frida. **O diário de Frida Kahlo: um autorretrato íntimo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LE BRETON, D. **Antropologie de la douleur**. Paris: Métailié, 2006.

LEITE, Francine; GOMES, Jaime de Oliveira. **Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia**. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, n.15, v.3, p.211-221, maio/jun., 2006.

LEVINZON, Gina Khafif. Frida Kahlo: a pintura como processo de busca de si mesmo. **Rev. bras. psicanálise**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 49-60, jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486641X2009000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2009000200006&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 24/05/2019.

LODUCA, Adrianna. **Eu e minha dor: convivendo com um processo crônico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 175. 1998.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dor crônica na minha biografia: um estudo sobre a compreensão psicológica da adesão ao tratamento na Clínica de Dor**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, p. 205. 2007.

\_\_\_\_\_. et al. Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. **Revista Dor**, v. 15, n. 1, p. 30-35, 2014.

LODUCA, Adrianna. SAMUELIAN, Claudio. Avaliação psicológica do doente com dor. In: TEIXEIRA, J.M., BRAUM,J.L., YENG, L.T, MARQUEZ, J.O. **Dor-contexto interdisciplinar**, Curitiba: editora maio, p.191-204, 2002.

\_\_\_\_\_. Avaliação psicológica: do convívio com dores crônicas à adesão ao tratamento na clínica de dor. In: ALVES NETO, Onofre. et al. **Dor, princípios e prática**. 1ª ed. Porto Alegre, Artmed; 2009 p. 382-97.

MACKINTOSH, Carol. Appraising Pain. In: **Chronic Pain Management**, Banks, C. & Mackrodt, K. (1º ed.). London: Whurr Publishers, 2005. p. 92 -112.

MELLO FILHO, Júlio de. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.13-79, 2005.

MELZACK, Ronald. WALL, Patrick D. The psychology of pain. In: MELZACK, Ronald. WALL, Patrick D. (Org.) **The challenge of pain**. London, Penguin Books, p. 15-33, 1999.

MICELI, Ana Valéria P. Dor crônica e Subjetividade em Oncologia In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, n. 48 (3) p. 363-373 Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/artigo5.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo5.pdf)> Acesso em:23/05/2019

MORENO, J.L. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1999.

MURRAY, Henry A. **Test de Apercepción Temática (TAT)**. Buenos Aires: Paidó, 1964.

NOGUEIRA, Eduardo B.; MELLO NETO, Gustavo A. R. de. Frida Kahlo: considerações sobre o trauma e a reinvenção do corpo. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 34-45, ago. 2016 Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872016000200003&lng=pt&nrm=iso) acessos em: 25/05/2019

OKADA, Massako, et al. Dor em pediatria. **Revista De Medicina**, 80(spe1), 135-156, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v80ispe1p135-156>> Acesso em: 25/04/2019

ORISINI, Marco, et al. 2008. Frida Kahlo: A arte como desafio à deficiência e à dor, com enfoque na poliomielite anterior aguda. **Revista Brasileira de Neurologia**, n. 3, Volume 44, jul/ago/set 2008, p. 5-12. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/7df3/aad0557961dae5cf04e898da1488c2784988.pdf>> Acesso em: 03/04/2019

PARADA, Ana Paula; BARBIERI, Valéria. Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 16, n. 1, p. 117-125, Abril/2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141382712011000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712011000100013&lng=en&nrm=iso) Acesso em:27/05/2019

PERFEITO, Cátia D. F. Revelando Frida Kahlo por meio das teorias da criatividade. *Revista Travessias*. v. 3, n.1, 2009 Disponível em: < <http://erevista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3222/2538>> Acesso em: 04/05/2019

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 365-373, Sept. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342006000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000300008&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 03/05/2019

PINTO, Elza Rocha. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora (Rio J.)**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135-153, June 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151614982014000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982014000100009&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 02/06/2019.

REIS, Alice C. Psicologia Social baseada no fazer artístico. In: **Revista Barbarói**, 2014 n. 40 2014 246-263 Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3386/3550>> Acesso em: 15/05/2019

RESENDE, Marco A. C. de. et al. Perfil da dor Neuropática: a propósito do exame neurológico mínimo de 33 pacientes. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 60, n. 2, p. 144-148, Apr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003470942010000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942010000200006&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 28/05/2019

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SANTOS, Raquel A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 157, 2009.

SARAIVA FRS. **Dicionário latino-português**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Liv. Garnier, 1993.

SBED, **Sociedade Brasileira para Estudo da Dor** In: <<http://sbed.org.br/>> e <[www.dor.org.br/](http://www.dor.org.br/)> Acesso em: 25/03/2019.

SILVA, Gabrielle V. D. da. **Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas**. Rio de Janeiro: UFRJ. 2014. Disponível em: <[https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124342/file/2014teseDupimdaSilvaG\\_Annexe.pdf](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124342/file/2014teseDupimdaSilvaG_Annexe.pdf)> Acesso em: 25/04/2019

SOUSA, Ana M. A. **Frida Kahlo: imagens (auto)biográficas**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-Graduação em Literatura. Florianópolis, 2011, p. 145. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95878/295373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 01/06/2019

TEIXEIRA, Manoel J., Okada, Massako. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: Teixeira Manoel J., Braum JL Filho, Márquez JO, Yeng LT (Eds). **Dor: contexto multidisciplinar**. Curitiba 2003:15-51

TEIXEIRA, Thelma. **Psicodrama empresarial: o que, por quê, como fazer**.

Belo Horizonte: Santa Clara, 2008.

TIBOL, Raquel (Org.). **Escritos de Frida Kahlo**. Lisboa: Quetzal, 2004.

TURK, Denis., MELZACK R. **Handbook of Pain Assessment**. 2 ed. New York: Guilford Press, 2001.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa na administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VILLARREAL, Jaime M. **Frida Kahlo: a escrita da artista**. Google Arts & Culture. Disponível em: <[https://artsandculture.google.com/theme/wgICDcK\\_bTyzIg](https://artsandculture.google.com/theme/wgICDcK_bTyzIg)>  
Acesso em: 06/05/2019

VOLICH, Rubens M. **Psicossomática – clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 4º edição, 2004

WATSON, James C., SANDRONI, Paola. **Central neuropathic pain syndromes**. Mayo Clin Proc. 91(3):372-85 2016 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619616000732>> Acesso em: 03/04/2019

YENG, Lin T. et al Avaliação funcional do doente com dor crônica. **Revista Med.** São Paulo, n. 80, 443-473, 2001.

## ANEXO A

**Retrato da Dor**

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

–

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Imagine que você pode dar uma forma para sua dor como ela seria? Não existe certo ou errado. Se preferir, feche os olhos por alguns instantes e depois tente desenhar em uma folha de papel o que você imaginou.

**Descrição** **do** **desenho:**

---



---



---

**Motivo da escolha da cor:**

---

**2. Inquérito:**

- a. Dê um nome para sua dor. Qual o motivo de escolher este nome?

---



---



---

- b. Quantos anos ela tem?

---

- c. O que você sente quando olha para ela? Descreva

---



---



---

- d. Como é conviver com ela?

---



---



---

- e. Alguém ou algo pode ajudar a diminuir a sua dor?

---



---



---

f. E você pode fazer alguma coisa?

---

---

---

g. Teve algum momento na sua vida que tivesse sido igual ou pior do que esta dor? Não precisa estar relacionado com doença, pode ser qualquer coisa que se assemelhe ao seu sofrimento atual.

igual       pior       nada se compara a esta dor

---

---

---

## ANEXO B

### Roteiro para tabulação das respostas do Retrato de Dor

Nome:

Data: [Clique aqui para inserir uma data.](#)

#### 3. Análise do Desenho

a. Representação (assinalar uma alternativa em cada linha abaixo):

figurativo     não figurativo     não desenhou

b. Elementos

um elemento     mais de um elemento

c. Categoria (assinale quantas alternativas forem necessárias):

cena (objetos correlacionados)     elementos da natureza

objeto / vários objetos (não correlacionados)

forma irregular e rabisco     corpo ou partes do corpo     forma geométrica

animal     monstro     outros

#### 4. Análise do Inquérito: foco das respostas

Impacto (assinale quantas alternativas forem necessárias):

físico (intensidade do desconforto e limitações)

emocional (emoções e sentimentos)

impacto socioeconômico (perda de status e financeira)

h. Nome da dor (assinale quantas alternativas forem necessárias):

sofrimento físico     sofrimento emocional     sofrimento socioeconômico

i. Idade da dor:

igual idade do paciente     igual ao tempo de convívio com a dor

superior ao tempo de convívio com a dor     inferior ao tempo de convívio com a dor

outros: [Clique aqui para digitar texto.](#)

j. O que você sente quando olha para ela? (assinalar quantas alternativas forem necessárias)

impacto emocional: tristeza; raiva; mágoa; desgosto; angustia; preocupação; impotência; indiferença; culpa; dó; alívio, outros: [Clique aqui para digitar texto.](#)

impacto físico: desconforto; dor; incômodo, queimação, limitação, incapacidade, outros: [Clique aqui para digitar texto.](#)

impacto socioeconômico: perda de status social; perda financeira; inutilidade, improdutivo, outros:Clique aqui para digitar texto.

não identifica

outros: Clique aqui para digitar texto.

**k. Como é conviver com a dor? Impacto**

associa a uma vivência negativa  associa a uma vivência positiva (esperança/aprendizado)

sem associação positiva ou negativa (se acostumou)  outros:Clique aqui para digitar texto.

**l. Alguém ou algo pode ajudar a diminuir a sua dor?**

ênfase no locus de controle interno (respostas relacionadas a recursos próprios do indivíduo) outros:

ênfase no locus de controle externo (indivíduos que acreditam que principalmente elementos externos ajudem a melhorar sua dor, por exemplo Deus, remédios, a medicina, etc) outros:Clique aqui para digitar texto.

ambos (locus de controle interno e externo)

nada/não sabe

outros: Clique aqui para digitar texto.

**m. E você pode fazer alguma coisa? (estratégias de enfrentamento)**

estratégias passivas: seguir médicos/medicação, ter fé e rezar, outros:Clique aqui para digitar texto.

estratégias ativas: fazer alguma atividade física; relaxamento; massagem; distrair, controlar as emoções, buscar atividades prazerosas, desviar atenção da dor , outros:Clique aqui para digitar texto.

nada/não sabe

outros: Clique aqui para digitar texto.

**n. Teve algum momento na sua vida que tivesse sido igual ou pior do que esta dor? Não precisa estar relacionado com doença, pode ser qualquer coisa que se assemelhe ao seu sofrimento atual.**

igual  pior  nada se compara a esta dor

Se sim:

físico: outra doença; outras dores; outros:Clique aqui para digitar texto.

emocional: luto/perda; traição; rompimento amoroso; outros: Clique aqui para digitar texto.

socioeconômico: perda financeira, status social, outros:Clique aqui para digitar texto.

outros:Clique aqui para digitar texto.

