



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

**FIBROMIALGIA: O DIAGNÓSTICO COMO
RECONHECIMENTO DA DOR**

CAIO CÉSAR DA PAZ SANTOS

RECIFE

2020

CAIO CÉSAR DA PAZ SANTOS

**FIBROMIALGIA: O DIAGNÓSTICO COMO
RECONHECIMENTO DA DOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cristina Monteiro De Barros

RECIFE

2020

S237f

Santos, Caio César da Paz

Fibromialgia : o diagnóstico como reconhecimento da dor / Caio César da Paz Santos, 2020.

132 f.

Orientadora: Paula Cristina Monteiro de Barros
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2020.

1. Psicanálise. 2. Dor. 3. Diagnóstico. I. Título.

CDU 159.964.2

Luciana Vidal - CRB-4/1338

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

CAIO CÉSAR DA PAZ SANTOS

FIBROMIALGIA: O DIAGNÓSTICO COMO RECONHECIMENTO
DA DOR

BANCA EXAMINADORA

Susane V Zanotti

Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti – Examinadora Externa

Edilene Freire de Queiroz

Prof. Dra. Edilene Freire de Queiroz – Examinadora Interna

Paula Cristina M. de Barros

Prof. Dra. Paula Cristina Monteiro de Barros – Orientadora

RECIFE

2020

Dedico a todos os sujeitos que doem

AGRADECIMENTOS

Ao final deste trabalho, encontro memórias intensas de tudo o que foi vivenciado até aqui. O processo de escrita desta dissertação atravessa e – e é atravessado – pela minha história, sobretudo nos últimos dois anos. Compartilho, portanto, o resultado deste trabalho com todos aqueles que viveram comigo cada uma dessas memórias. Agradeço, então,

a Deus, porque tudo é Dom, e cada passo em minha vida faz parte do caminho que me leva até Ele.

a meus pais, referências de honestidade, compromisso e responsabilidade, por me acompanharem nos mais simples e complicados passos, investindo nos meus desejos e sendo para mim lugar de confiança e fortaleza.

às minhas irmãs *Camila*, *Carina* e *Catarina*, por vibrarem a cada conquista, desde o meu nascimento, até aqui. Vocês são para mim lugar de consolo, carinho e amor, combustíveis essenciais à vida.

a *Gabriel* e a toda a *Comunidade dos Viventes*, por serem sinais da vida verdadeira e me lembrarem sempre quem eu sou, de onde eu parto e o Sentido da minha vida.

aos meus queridos amigos-irmãos, *Beatriz*, *Lucianna*, *João* e *Tainá*, pelo vínculo e constância em todos os momentos da minha vida. E a *Alice*, *Arthur*, *Audir* e *Luiza*, por serem sempre um lugar doce e leve para onde voltar.

aos meus irmãos-amigos *Cláudio*, *Clarice*, *Gabriel* e *Larissa*, porque acompanham de perto meus caminhos, lutas e alegrias como se fossem seus. Que privilégio tê-los comigo.

a *Emanuelle* e *Juliana*, pela companhia constante, pelo incentivo e amizade que fizeram toda a diferença no meu percurso, sobretudo nos momentos de maior insegurança.

a *Mirela*, companheira de sede, vida e profissão. Agradeço, *Mi*, pelas caronas até a universidade, conversas acadêmicas e partilhas mais íntimas. O caminho foi mais leve por ter a sua presença.

a *Francys* e *Ir. Bernadette*, pelo acompanhamento tão próximo das realidades mais importantes da minha vida.

aos colegas de mestrado, em especial *Eva, Amanda, Marina, Raqueline e Éder*, pelas trocas de conhecimento e pela companhia que tornou todo o percurso ainda mais bonito e divertido.

aos amigos da graduação *Cecília, Maryane, Morgana e Paulo*, por todas as descobertas (acadêmicas ou não) que fizemos juntos. Que bom que fiz com vocês o caminho da psicologia.

aos professores *Susane Zanotti, Jefferson Bernardes, Cleyton Andrade, Maria Auxiliadora e Marcos Mesquita*, por tudo o que me ensinaram durante a graduação e que até hoje me acompanha no fazer da psicologia.

a *Ana Cabral*, pela escuta comprometida e pelas indagações que foram essenciais a esse intenso percurso.

aos funcionários da secretaria da pós-graduação da Unicap, especialmente *Danielle e Sérgio*, pela competência, atenção e zelo com que realizam o seu trabalho.

a *Paula Barros*, pela generosidade, cuidado e estímulo durante todo o percurso do mestrado. Agradeço ainda por tudo o que pude aprender com você sobre psicanálise, ética e sobre uma escrita comprometida com a construção do conhecimento.

às professoras do mestrado pela responsabilidade com que exercem o sua missão de compartilhar conhecimento. Sinto-me privilegiado pela oportunidade que tive de estudar com tão boas mestras.

a banca examinadora – *Edilene Queiroz e Susane Zanotti* – pela disponibilidade em participar da construção do meu trabalho, pelo acolhimento ao texto e pelas questões relevantes que me levaram ao avanço da minha escrita. Foi uma honra poder contar com vocês.

*“A minha alegria é tão dolorosa como a
minha dor. [...] Por mais que por mim me embrenhe, todos os
atalhos do meu sonho vão dar a clareiras da
angústia. Mesmo eu, o que sonha tanto, tenho intervalos
em que o sonho me foge. Então as coisas
aparecem-me nítidas. Esvai-se a névoa de que
me cerco. E todas as arestas visíveis ferem a
carne da minha alma. Todas as durezas
olhadas me magoam o conhecê-las durezas.
Todos os pesos visíveis de objetos me pesam
por a alma dentro
A minha vida é como se me batessem com
ela”.*

(Fernando Pessoa, O Livro do Desassossego)

RESUMO

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. Além da dor, os pacientes queixam-se de fadiga, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. Devido à falta de um substrato orgânico, a fibromialgia não pode ser escaneada, medida ou verificada, sendo, então, identificada apenas através de um exame clínico, baseado exclusivamente no discurso do paciente. A questão diagnóstica levanta um impasse para o saber médico, visto que a enfermidade está sempre articulada a aspectos subjetivos. Além de se queixarem a respeito de suas intensas dores físicas, os pacientes relatam dificuldades em serem reconhecidos em seu sofrimento devido à impossibilidade de comprovação da doença. Nesse sentido, os sujeitos demonstram um forte apelo ao diagnóstico como via para uma legitimação de seus sintomas corporais. Foi nessa direção que esta dissertação teve como objetivo discutir a demanda de reconhecimento da dor em sujeitos diagnosticados com fibromialgia. A teoria psicanalítica, especificamente as formulações de Freud e Lacan, foi o referencial teórico-clínico utilizado nessa construção, trazendo contribuições importantes no que concerne aos estudos sobre a dor, sobre a sua relação com o saber médico, à noção de corpo pulsional e ao conceito de demanda, sistematizado na teoria lacaniana. Para a realização da pesquisa, valemo-nos da meta-análise, método que nos permitiu uma reconstrução e uma nova análise dos casos clínicos trazidos no trabalho de dissertação intitulado “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, de autoria de Pauleska Asevedo Nobrega, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, em 2014. Na análise dos casos, foi possível identificar ao menos três formas de expressão da demanda de reconhecimento: como uma demanda de que o outro/Outro reconheça a sua dor como legítima; uma demanda de que a dor seja reconhecida pelo Outro da ciência; por fim, como uma demanda de reconhecimento do próprio sujeito em relação àquilo que ele mesmo sente. Foi possível concluir que a dor pode ter diferentes funções psíquicas para o sujeito e, para que estas distinções sejam validadas, bem como para que estas demandas possam ter um lugar no tratamento do sujeito, é necessário reconhecer a dor do paciente, escutando a enunciação nas entrelinhas de seu discurso, no que diz respeito à singularidade do seu sofrimento e de sua própria teoria a respeito dos seus sintomas. Identificamos também, a necessidade de uma interlocução entre o campo médico e a clínica psicanalítica, como recurso essencial para o tratamento e estudo das manifestações corporais.

Palavras-chave: Fibromialgia; Psicanálise; Diagnóstico; Demanda de reconhecimento; Dor.

ABSTRACT

Fibromyalgia is one of the most frequent rheumatological diseases, whose main characteristic is diffuse and chronic musculoskeletal pain. In addition to pain, patients complain of fatigue, morning stiffness, extremity paresthesia, subjective feeling of edema and cognitive disorders. Due to the lack of an organic substrate, fibromyalgia cannot be scanned, measured or verified, being then identified only through a clinical examination, based exclusively on the patient's discourse. The diagnostic issue raises an impasse for medical knowledge, since the disease is always linked to subjective aspects. In addition to complaining about their intense physical pain, patients report difficulties in being recognized in their suffering due to the impossibility of proving the disease. In this sense, the subjects demonstrate a strong call for diagnosis as a way to legitimize their body symptoms. It was in this direction that this dissertation aimed to discuss the demand for pain recognition of subjects diagnosed with fibromyalgia. Psychoanalytic theory, specifically the formulations of Freud and Lacan, was the theoretical-clinical framework used in this construction, bringing important contributions in regard to studies on pain, on its relationship with medical knowledge, the notion of the pulsating body and the concept of demand, systematized in Lacanian theory. To carry out the research, we used the meta-analysis, a method that allowed us to reconstruct and re-analyze the clinical cases brought in the dissertation work entitled "How to listen to the body that hurts? Reflections on the event of body and transfer", authored by Pauleska Asevedo Nobrega, presented to the Graduate Program in Clinical Psychology at the Catholic University of Pernambuco, in 2014. In the analysis of the cases, it was possible to identify at least three forms of expression of the demand for recognition: as a demand that the other/Other recognize their pain as legitimate; a demand that the pain be recognized by the Other of science; finally, as a demand for recognition of the subject itself in relation to what they feel. It was possible to conclude that pain can have different psychic functions for the subject and, for these distinctions to be validated, as well as for these demands to have a place in the subject's treatment, it is necessary to recognize the patient's pain, listening to the statement between the lines of their discourse, concerning to the uniqueness of their suffering and their own theory regarding their symptoms. We also identified the need for a dialogue between the medical field and the psychoanalytic clinic, as an essential resource for the treatment and study of bodily manifestations.

Keywords: Fibromyalgia; Psychoanalysis; Diagnosis; Demand for recognition; Ache.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I: O impasse diagnóstico da fibromialgia	19
1.1 Fibromialgia: uma doença sem evidências	20
1.2 O impasse diagnóstico	22
1.3 O diagnóstico para o campo médico	26
1.4 Psicanálise e medicina: um diálogo possível?	31
1.4.1 O uso dos diagnósticos na clínica psicanalítica.....	39
CAPÍTULO II: O fenômeno da dor no corpo pulsional.....	46
2.1 Uma reflexão psicanalítica sobre a dor.....	47
2.2 A dor como fenômeno de fronteira.....	52
2.3 Dor, prazer e desprazer	54
2.4 O Corpo pulsional.....	56
2.5 A clínica da dor.....	62
CAPÍTULO III: A problemática do reconhecimento como porta de entrada para a demanda.....	67
3.1 “Que é a demanda?”	73
3.1.1 Desejo: o além e o aquém da demanda.....	78
CAPÍTULO IV: Da queixa à demanda: questões do reconhecimento	85
4.1 Percurso metodológico	86
4.2 (Re)construção dos casos clínicos	91
4.2.1 Caso 01 – A dor de Helena.....	91
4.2.2 Caso 2 - Íris dói	93
4.2.3 Caso 03 – Odete, a concilia(dor)a	94
4.2.4. Caso 04 – Dor, a companhia de Lêda.....	96
4.3 Análise dos casos	99
4.3.1 “Eles não entendem”	101
4.3.2 “Quero saber o que de fato a fibromialgia é, para saber o que será de mim no futuro”.....	107
4.3.3 “É como se fosse uma ferida”.....	112
4.4 A clínica do particular: uma convocação da dor.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	130

INTRODUÇÃO

A indagação que gerou o interesse pelo tema desta dissertação é fruto de uma experiência na qual pude entrevistar pacientes com dores crônicas que estavam em atendimento no setor de reumatologia do Hospital Universitário Alberto Antunes – HUPAA, no estado de Alagoas. Naquela ocasião, era colaborador de um projeto de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, que tinha como objetivo retratar o surgimento e as manifestações da dor crônica como sinal da singularidade. A pesquisa fazia parte do projeto “Psicanálise e Medicina: fronteiras entre o psíquico e o orgânico” sob orientação de Susane Vasconcelos Zanotti, que, além de fazer investigações sobre o fenômeno da dor crônica, também pesquisava aspectos relacionados aos Distúrbios do Desenvolvimento Sexual – DDS.

No tocante ao eixo da pesquisa que estava voltado para o fenômeno da dor, com a ajuda de um roteiro de entrevista, direcionávamos perguntas relacionadas à influência que ela tinha na vida daquelas pessoas, sua intensidade, além de algumas informações relacionadas ao estilo de vida dos pacientes. As falas dos sujeitos da pesquisa ultrapassavam as questões que fazíamos e, em todos os casos, demonstravam um grande sofrimento em relação ao que experienciavam.

No entanto, os relatos não expressavam um sofrimento que se limitava ao incômodo corporal, mas demonstravam angústia pela dificuldade de não serem reconhecidos em sua dor, tanto no campo médico, como entre seus familiares e colegas de trabalho.

No ano seguinte ao das entrevistas, seguimos com a pesquisa sobre a dor crônica, mas com uma perspectiva teórica sobre o tratamento psicanalítico desses casos. Nessa ocasião, deparamo-nos com importantes estudos que se propunham a discutir o fenômeno da dor e, também neles, pudemos observar relatos que apresentavam um comprometido empenho de pessoas com dores crônicas em alcançarem um diagnóstico específico: o da fibromialgia.

A fibromialgia aparece como um diagnóstico que está na mira de pessoas com dor crônica porque esse é o principal sintoma da enfermidade. Além disso, muitos dos pacientes apresentam outros sintomas que também são atribuídos à doença, como distúrbios cognitivos, parestesias, fadiga, entre outros sinais e comorbidades, a exemplo

da depressão, da ansiedade e da síndrome da fadiga crônica.

Ao longo dos anos, alguns autores têm se dedicado a traçar um paralelo entre a fibromialgia e a histeria. Devido à semelhança no que diz respeito à presença de sintomas corporais sem uma explicação orgânica, é comum que façam um paralelo e até caracterizem a dor crônica como uma manifestação histérica. Isto não é consenso entre os autores, nem é o objetivo deste trabalho; no entanto, em alguns momentos, lançarei mão de alguns aspectos convergentes como forma de ilustrar algumas situações que emergem dos estudos da dor, sobretudo no que se refere à sua relação com o saber médico.

Nas falas relacionadas à dificuldade que os pacientes apresentavam em serem reconhecidos em sua dor, em cujas queixas identificamos o apelo por um diagnóstico, colocou-se uma questão: haveria nesse apelo uma demanda de reconhecimento da dor?

Ao realizar uma breve consulta em estudos sobre a incidência da fibromialgia, é possível identificar números alarmantes e uma grande população que sofre com seus sintomas, o que nos levou a investigar com ainda mais rigor os fenômenos relacionados ao sofrimento dessas pessoas. A enfermidade é considerada, inclusive, uma das principais doenças apresentadas nos consultórios reumatológicos e, de acordo com Heymann (2017), um importante reumatologista que apresenta alguns trabalhos sobre a fibromialgia (2010, 2012, 2017), estudos recentes demonstram que há uma prevalência significativa de pessoas com os sintomas da fibromialgia em países como os Estados Unidos e o Brasil, além de demonstrar números relevantes na população europeia.

Inquietou-nos observar que, apesar de serem altos os índices de ocorrência da doença, não são satisfatórios os resultados em seu tratamento, visto que as modalidades de terapêutica não são um consenso entre os profissionais.

Ao discutir o trabalho do reumatologista frente à fibromialgia, Heymann (2010) assinala que a enfermidade não recebe a devida atenção do campo médico, sobretudo dos reumatologistas, o que aparece como uma questão problemática para a população que sofre com essa condição. Ao longo dos anos, foi possível identificar avanços nas discussões a respeito de seu diagnóstico, conforme o documento lançado em 2017 pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, trazendo novas diretrizes para auxiliar os médicos a estabelecerem um diagnóstico preciso, no entanto, o documento não fala sobre tratamento. Por que a fibromialgia, apesar de avanços médicos e da indústria farmacêutica, não recebe a devida atenção? Seria um reflexo de certa resistência em reconhecê-la como doença? Ou mesmo uma resistência a tratá-la?

Além de não haver um consenso sobre sua etiologia, a enfermidade apresenta um importante impasse para o saber médico: as dores crônicas dos pacientes que buscam o diagnóstico não são sinais de lesões orgânicas ou de disfunções, mas se apresentam como sendo desproporcionais em relação ao que se esperaria da lesão ou disfunção à qual ela corresponde, o que repercute como um enigma para esse saber. Assim, a fibromialgia representa de forma paradigmática essa categoria de sofrimento corporal e que só pode ser identificada a partir de exames clínicos, ou seja, exames que se baseiam na fala do paciente.

Este método de exame, no entanto, não corresponde ao *modus operandi* tradicional do campo médico, o que também repercute no desafio da legitimação da fibromialgia, abrindo espaço para uma necessária discussão a respeito do campo científico e do discurso da medicina, que se depara, nesse sentido, com um “furo” nos seus métodos convencionais. Lacan (1973-1974/2016), ao tecer uma crítica ao discurso científico tradicional, afirma que ele “leva em conta todos os fatos [...] que fazem buraco em seu sistema. Mas que absolutamente de seu sistema mesmo, ele não quer saber nada” (p. 30). A afirmação de Lacan converge com inúmeras outras contribuições de autores que trouxemos ao longo do trabalho para dialogar a respeito desta problemática.

Dentre eles, Queiroz (2012) destaca que a alta incidência de dores corporais crônicas e os fenômenos psicossomáticos podem ter estreita relação com a cultura somática que tem privilegiado a sensorialidade. A autora assinala que: “Numa cultura da sensorialidade é provável que as sensações sejam potencializadas provocando um excesso que causa desprazer e dor” (p. 852). Nesse sentido, a dor pode passar de um sinal de alarme, conforme admite o campo médico, e ser ela mesma a própria doença, como fruto de outras experiências do sujeito.

Nessa direção, deparamo-nos com a necessidade de também discutir o saber médico e os seus pressupostos frente aos fenômenos do corpo, sobretudo no que concerne ao fenômeno da dor. Ao mesmo tempo, sustentamos a posição de que a inclusão da dimensão subjetiva – a partir dos pressupostos da psicanálise – pode ser de grande contribuição para a investigação e o tratamento da dor. Desse modo, seria possível, e, diríamos, salutar, propor uma interlocução entre saberes?

Com efeito, essa questão permeou todo o trabalho, visto que o fenômeno da dor crônica convoca essa questão e revela diversos aspectos que impõem a reflexão, como a noção de corpo e a importância da singularidade para a clínica da dor.

A dor, enquanto fenômeno multifatorial, convoca questionamentos frente ao saber médico e também à teoria psicanalítica, que apresenta importantes discussões sobre os fenômenos dolorosos. Consideramos importante investigar a repercussão da dor na vida das pessoas, sendo, no entanto, essencial abandonar a pretensão médica de explicá-la em sua totalidade. Também não caberá ao discurso psicanalítico fazer esta sutura, ao contrário, é necessário preservar a dimensão de enigma da dor, conforme veremos mais à frente. No caso da dor crônica, além dos efeitos na vida do sujeito, a dor invoca também a problemática do reconhecimento, conforme apresentado nas queixas de pessoas que buscam o diagnóstico.

No que se refere à nomeação proporcionada pelo diagnóstico, apoiamo-nos em Miller (2004), ao afirmar que nomear é estabelecer uma articulação entre o real e o simbólico; trata-se de acrescentar ao real algo que faz sentido e, desse modo, parece que o discurso científico assumiu este lugar a partir da lógica diagnóstica. De acordo com Espinoza e Zanotti (2017), esta lógica, além de contribuir para transformar aquilo que não faz sentido no corpo em algo nomeável, também pode tamponar o vazio de sentido gerado pelos enigmas do corpo. Qual o papel, então, do diagnóstico? E quais são as suas repercussões para o sujeito?

A psicanálise, desde sua fundação, questiona de forma constante os diagnósticos médicos, pois compreende que eles operam na contramão da noção de singularidade. Desse modo, atua na oferta da escuta da *enunciação* do sujeito, e assim, promove a autonomia e identifica demandas que podem estar nas entrelinhas do seu discurso.

Este trabalho teve como objetivo geral discutir a demanda de reconhecimento da dor em sujeitos diagnosticados com fibromialgia. Para isso, traçamos os seguintes objetivos específicos: a discutir o lugar do diagnóstico médico na clínica psicanalítica, enfatizando a tensão entre a homogeneização da classificação de doenças e a singularidade de manifestações do sofrimento psíquico; discutir o reconhecimento da dor fibromiálgica nos discursos médico e psicanalítico; e problematizar a demanda de reconhecimento subjacente ao apelo do sujeito com dor crônica por um diagnóstico médico.

Para a realização deste trabalho, valemo-nos da afirmação de Althusser (1984 *apud* Queiroz e Zanotti, 2019), ao defender o lugar de ciência para a psicanálise, visto que ela apresenta as três essenciais características de uma ciência: “tem um objeto próprio - o inconsciente -, um corpo teórico e um método” (p. 17). Vorcaro (2019) assinala uma metodologia de pesquisa em psicanálise, indicando que sua contribuição

não se limita ao consultório, mas habita instituições e pode lidar com as urgências da atualidade.

A pesquisa em psicanálise não está, portanto, empenhada em generalizações, bem como não tem o objetivo de encontrar uma única verdade sobre os fenômenos. Ao contrário, este método compreende que as faltas e até mesmo a transferência do pesquisador terão efeitos sobre os sentidos produzidos ao longo de toda a pesquisa.

Vale destacar, nesse sentido, que o interesse pelo tema investigado neste trabalho foi algo que nos mobilizou fortemente a partir da experiência como pesquisador durante a graduação, mas também da experiência clínica. O sofrimento testemunhado pelos pacientes, aliado às angústias direta ou indiretamente ligadas às dores corporais, produziram uma inquietação no sentido de procurar problematizar aquela realidade, somando-se a expectativa de contribuir com a experiência daquelas pessoas.

De acordo com Queiroz (2019), parte significativa das produções psicanalíticas é resultado de reinterpretação de textos já publicados, o que mostra a possibilidade plural de produção de sentidos em uma pesquisa. Desse modo, para auxiliar a discussão proposta por este trabalho, identificamos a meta-análise como um método investigativo de grande contribuição.

O método consiste, em síntese, em uma sistematização de dados encontrados nas produções científicas ou “numa re-análise dos dados de um trabalho com outro foco metodológico, ou teórico e se constitui em uma ferramenta importante para mostrar áreas onde a evidência disponível não se esgota, possibilitando assim novos estudos” (QUEIROZ, 2019, p.37). Nessa direção, recorreremos aos casos que foram objeto de estudo da dissertação “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, de autoria de Pauleska Asevedo Nobrega, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, em 2014.

O trabalho de Nóbrega (2014) dedicou-se a problematizar a escuta analítica dos sintomas corporais da dor e o tratamento, refletindo os impasses da relação transferencial na clínica das fibromialgias num contexto institucional. Foram apresentados quatro (04) casos clínicos construídos a partir da prática com pessoas diagnosticadas com fibromialgia e/ou portadores de dores crônicas, acompanhadas em um ambulatório que oferece serviço psicológico pelo Sistema Único de Saúde – SUS em Campina Grande - PB.

No contato com o trabalho de Nóbrega (2014), deparamo-nos com um importante campo de trabalho possível, onde poderíamos realizar uma nova investigação a partir de outro enfoque, como propõe a meta-análise, visto que ela não se constitui como uma técnica de análise, mas um paradigma que permite um novo estudo.

Valemo-nos dos argumentos apresentados, bem como da metodologia descrita como forma de alcançar mais satisfatoriamente o objetivo proposto e as questões com as quais nos deparamos ao longo do caminho da pesquisa. Assim, encontramos nas obras de Freud e Lacan, além de outros autores que nos foram essenciais, sobretudo nos estudos da dor, um eixo que serviu como referência para as nossas discussões e análises ao longo de todo o trabalho. Para contemplar nossa proposta, fizemos o seguinte percurso:

No capítulo I – **O impasse diagnóstico da fibromialgia** –, buscamos realizar uma apresentação do pano de fundo deste trabalho, expondo a fibromialgia no que se refere à sua caracterização sob o estatuto das ciências médicas e o impasse que essa enfermidade coloca para este saber em relação à lógica diagnóstica. Nessa direção, problematizamos o lugar do diagnóstico na medicina frente às diretrizes da psicanálise, o que nos levou a uma importante discussão a respeito da possibilidade de diálogo entre o campo médico e a clínica psicanalítica.

No capítulo II – **O fenômeno da dor no corpo pulsional** –, buscamos adentrar nas teorizações sobre a dor e o seu lugar na experiência humana, reconhecendo ser esse o principal sintoma da enfermidade em questão, e ainda, sua importância e recorrência no discurso dos sujeitos. Assim, discutimos o caráter multifatorial da dor, propondo algumas discussões a respeito de sua natureza e função subjetiva. Além disso, adentramos na clínica da dor e nos “furos” sobre os quais esta clínica é convocada a se debruçar, encontrando possíveis saídas para os fenômenos corporais a partir de uma prática que transcenda a noção de um corpo puramente biológico e fazendo a travessia para a noção de *corpo pulsional*. Finalizamos este capítulo identificando a necessidade de problematizar a existência da dor, visto que o seu reconhecimento é ponto central deste trabalho.

No capítulo III – **A problemática do reconhecimento como porta de entrada para a demanda** – No apelo pela legitimação da dor, uma demanda de

reconhecimento, avançamos naquilo que se refere à problemática do reconhecimento da dor crônica sem sinal de lesão orgânica ou de disfunção, tocando em realidades como o estigma das doenças psíquicas e a itinerância da dor, que desliza tal qual os significantes no discurso dos sujeitos que padecem deste sofrimento. Com isso, refletimos sobre a hipótese de uma demanda de reconhecimento presente nas queixas dos sujeitos dolorosos e, nessa direção, avançamos para um estudo do conceito de demanda sistematizado por Lacan, visto que esta noção respaldou as discussões seguintes sobre os casos apresentados.

No capítulo IV – **Da queixa à demanda: Questões sobre o reconhecimento** –, apresentamos a reconstrução que fizemos dos casos que foram relatados no trabalho de Nóbrega (2014) e, nesse sentido, fizemos as análises baseadas nos conceitos e noções que foram trazidas ao longo de todo o trabalho, sobretudo no que se refere à noção de corpo pulsional, dor e demanda. Desse modo, articulamos em três momentos os aspectos relacionados à demanda de reconhecimento que identificamos nas falas das pacientes, levantando elementos essenciais a respeito da necessidade de uma clínica do particular que dê espaço à escuta dos sofrimentos humanos, sobretudo, no que concerne à sua singularidade.

Por fim, nas *Considerações finais*, fizemos uma retomada de alguns aspectos importantes deste trabalho, no que tange aos estudos da dor, ao diálogo entre o campo médico e a clínica psicanalítica e à demanda de reconhecimento. Além disso, destacamos a contribuição da clínica psicanalítica para o tratamento dos fenômenos corporais enquanto um campo teórico-clínico que sustenta a importância da noção de singularidade e que apresenta noções fundamentais para esse campo de investigação e atuação.

CAPÍTULO I

O impasse diagnóstico da fibromialgia

“Eu já estava há um bom tempo escrevendo memória do fogo, e quanto mais escrevia mais fundo ia nas histórias que contava. Começava a ser cada vez mais difícil distinguir o passado do presente: o que tinha sido estava sendo, e estava sendo à minha volta, e escrever era a minha maneira de bater e abraçar. Supõe-se, porém, que os livros de história não são subjetivos.

Comentei isso tudo com José coronel Urtecho: neste livro que estou escrevendo, pelo avesso e pelo direito, na luz ou na contraluz, olhando do jeito que for, surgem à primeira vista minhas raivas e meus amores.

E nas margens do rio San Juan, o velho poeta me disse que não se deve dar a menor importância aos fanáticos da objetividade: - Não se preocupe – me disse. – É assim que deve ser. Os que fazem da objetividade uma religião, mentem. Eles não querem ser objetivos, mentira: querem ser objetos, para salvar-se da dor humana”.

(Eduardo Galeano, O Livro dos Abraços)

Os estudos sobre a dor crônica põem em relevo temas de importância significativa para os modos de investigação do sofrimento humano, bem como possíveis diálogos necessários ao seu enfrentamento e tratamento. No caso da fibromialgia, diagnóstico criado pelo campo médico e reconhecido pela OMS em 1992 (BESSET et al., 2010), é possível destacar aspectos que põem diferentes saberes diante de impasses em suas estruturas convencionais, como ocorre com o campo médico.

Na mesma direção, o fenômeno da dor crônica também demonstra uma necessidade de que saberes que privilegiam a singularidade do sofrimento, juntamente com seus aspectos subjetivos, podem ser de grande contribuição para a investigação e tratamento da doença. Nesse sentido, saberes com diferentes *modus operandi*, históricos

e ontologicamente distintos, são convidados a operarem diante de uma das mais primitivas experiências humanas: a dor.

O conceito de dor, bem como seus desdobramentos, será melhor aprofundado no capítulo II deste trabalho. É possível, no entanto, desde já, demarcar que o fenômeno doloroso fomenta uma discussão a respeito da relação entre o psiquismo e o organismo. Há quem trabalhe com a noção de que há uma “cisma” entre esses dois aspectos e, para avançar nesta e em outras questões que emergem ao longo do trabalho, consideramos necessário fazer um percurso sobre o saber médico, cujo principal objeto de estudo é o corpo humano a partir de uma visão biológica e objetiva de seus processos.

Para isso, tocaremos em pilares importantes deste saber, como é o caso das evidências orgânicas e da medicalização como instrumento de controle e do diagnóstico, cujo objetivo e forma de operar serão mais substancialmente explorados neste trabalho. Esses temas serão problematizados sob o pano de fundo daquilo que é a fibromialgia, levando em consideração as questões que suas características históricas e sintomatológicas propõem. Serão realizados também contrapontos fundamentados na teoria psicanalítica, indicando outras formas de interpretação e operação frente às questões humanas e científicas.

1.1 Fibromialgia: uma doença sem evidências

Segundo Besset et al. (2010), existem relatos de fenômenos dolorosos crônicos sem substrato orgânico desde o século XIX. Dentre esses relatos, aparece a fibromialgia, que antes era apresentada como “Fibrosite”. No entanto, é somente em 1992 que a enfermidade é reconhecida como doença pela OMS, com a identificação de M79.7 na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Conforme Heymann *et al.* (2017), a fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. A doença apresenta dados epidemiológicos que variam conforme estudos: “Nos EUA e na Europa a prevalência encontrada foi de até 5% na população geral, [...] No Brasil, está presente em até 2,5% da população geral, predomina no sexo feminino, principalmente entre os 35 e 44 anos” (HEYMANN, 2017, p. 468).

Segundo a *Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles da Sociedade Brasileira de Reumatologia* (2011), ela também é

caracterizada como uma síndrome clínica que se manifesta com dor generalizada no corpo. E, como veremos à frente, é comum que as dores mudem de lugar ao longo do tempo, deslizando pelo corpo.

O *Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia*, publicado na Revista Brasileira de Reumatologia, adverte que a fibromialgia deve ser reconhecida como “um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (HEYMANN *et al.*, 2010, p. 59).

Além da dor, os pacientes queixam-se de fadiga, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. É recorrente a associação a outras comorbidades; dentre as mais frequentes, podem-se citar ansiedade, depressão, síndrome de fadiga crônica, síndrome miofascial, do cólon irritável e uretral inespecífica. Segundo a Comissão de Dor (2011), geralmente, a fibromialgia é acompanhada também de sono não reparador e outras alterações como formigamentos, dores de cabeça e alterações no intestino.

Heymann *et al.* (2010) afirmam que, por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética, a fibromialgia é uma síndrome primariamente pesquisada e tratada por reumatologistas. Entretanto, frequentemente os pacientes requerem um acompanhamento multidisciplinar para abordar mais amplamente seus sintomas e variadas comorbidades.

Dentre as mais diversas características da fibromialgia, um aspecto se apresenta como motivo de intenso sofrimento e queixa dos sujeitos acometidos pela doença: a fibromialgia não apresenta substratos orgânicos que justifiquem os seus sintomas. Desse modo, a ausência desse substrato impede que a fibromialgia seja vista, escaneada, medida e verificada – o que foge completamente à lógica médica, que se ampara nas evidências biológicas apresentadas pelo corpo.

Lima e Trad (2007) afirmam que não há imagem ou exame que comprove a sua existência, pois a dor, principal sintoma da fibromialgia, “não só é invisível, mas imponderável e incomensurável” (p. 2674). Tais características colocam, diante do campo médico, um sinal de contradição para seus métodos e pressupostos.

Nesse sentido, pilares importantes, como as evidências orgânicas e o caminho formal para a nomeação de um diagnóstico, ficam diante de uma encruzilhada: legitimar a fibromialgia como doença levando em conta aspectos subjetivos e não convencionais, ou não reconhecê-la como uma enfermidade, contrariando os inúmeros relatos dos sujeitos que dizem padecer de dores crônicas.

Esta tensão tem desdobramentos que se elucidam à medida que são explorados os percursos do campo médico em relação à fibromialgia. E isto não ocorre sem consequências, pois questões importantes são apresentadas por aqueles que necessitam dessa legitimação e acreditam que podem alcançá-la através do diagnóstico, aspecto crucial para a discussão deste trabalho.

1.2 O impasse diagnóstico

Diante da realidade apresentada pela fibromialgia, a medicina tem procurado criar formas de lidar com a enfermidade, buscando artifícios que tornem a doença mensurável e passível de identificação. Desde a formalização da doença, inúmeras formas têm sido pensadas para detectá-la, e mais ainda, para tratá-la.

Segundo o *Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia*, diferentemente dos métodos comuns de exames no campo da medicina, o diagnóstico da fibromialgia é “exclusivamente clínico e eventuais exames subsidiários podem ser solicitados apenas para diagnóstico diferencial” (HEYMANN *et al.*, 2010). Conforme Aragon (2010), o médico se baseia principalmente no relato do paciente, já que não existe uma causalidade orgânica que possa ser detectada através de outras modalidades de exames.

Desse modo, devido à falta de uma localização anatômica de uma lesão ou de uma disfunção, o diagnóstico da fibromialgia é articulado a aspectos subjetivos, o que sustenta uma posição de enigma para o campo médico. Para contribuir na investigação dos sintomas da doença e ajudar os médicos na definição diagnóstica, alguns critérios foram estabelecidos.

Segundo Heymann *et al.* (2017), “para minimizar a subjetividade do julgamento clínico” (p. 468), desde 1980, a medicina tem investido em maneiras de orientar melhor o trabalho médico no que se refere ao diagnóstico. Para realizar a avaliação, o médico utiliza alguns instrumentos que o ajudam a mensurar a dor. Besset *et al.* (2010) destacam que são utilizados entrevistas e instrumentos de avaliação, como escalas de medida para medir a intensidade da dor, o estado psicológico e a intensidade do alívio da sensação dolorosa. Também são utilizados questionários de descrições verbais, com esquemas de zonas dolorosas e instrumentos de avaliação multidimensional sobre as implicações da dor na vida do paciente.

No entanto, para Heymann (2017), os critérios elaborados terminaram por gerar ainda mais confusão, pois não se tornaram unanimidade no meio médico. Dentre os desafios principais, estavam o pouco treinamento e preparação dos médicos para esse tipo de avaliação.

Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) elaborou critérios de classificação que foram aceitos pela comunidade científica e contribuíram muito para a homogeneização do diagnóstico, mas não demorou a também essas construções receberem críticas contundentes. Em resposta às dificuldades do estabelecimento de critérios que fossem legitimados como universais, em 2010, o ACR elaborou novos pontos que ajudariam no diagnóstico da fibromialgia, incluindo vários sintomas e deixando de lado o exame de palpação que instituíra que, para realizar o diagnóstico, era necessário identificar a presença de ao menos 11 *tender points*¹ dos 18 descritos pela instituição pela ACR. E, além disso, a existência de dores difusas no corpo por pelo menos três meses.

Tais critérios são baseados no número de regiões dolorosas do corpo e na presença e intensidade da fadiga, do sono não reparador, da dificuldade cognitiva gerada pela síndrome e dos sintomas somáticos, bem como na extensão de sintomas somáticos. No entanto, é importante destacar que na prática clínica os pontos dolorosos não têm sido utilizados e, por isso, o diagnóstico passou a ser muitas vezes avaliado unicamente a partir das queixas dos pacientes. Esses critérios continuam em análise pela comunidade médica reumatológica.

Segundo Wolf (2003), dentre os recursos mais utilizados pelos médicos, está um importante questionário chamado *Regional Pain Scale* (RPS), que permite medir a dor corporal sem pesquisa dos pontos dolorosos. O questionário também possibilita uma avaliação da influência da fibromialgia na vida do sujeito que padece da síndrome, além de contribuir para uma aproximação da compreensão dos resultados do tratamento. Apesar de todos os instrumentos que buscam avaliar aquilo que não é visível nos exames convencionais utilizados na medicina, é possível afirmar que o diagnóstico da fibromialgia continua sendo uma tarefa delicada.

Apesar das formulações de parâmetros para auxiliarem no diagnóstico da fibromialgia, o fato de ser uma enfermidade com características que fogem às premissas convencionais da medicina dificulta que ela seja admitida como doença. Lima e Trad

¹ Em português, “pontos dolorosos”. São sítios anatômicos com sensibilidade dolorosa utilizados como referência para os exames clínicos de pacientes com dores crônicas (PROVENZA JR, 2004).

(2007) corroboram com essa afirmação, ao pontuarem que “a dor crônica é usada ainda não como uma categoria oficial, mas ‘anômala, parcialmente legitimada como doença’.” (p. 2674).

Com efeito, na contramão da majoritária literatura científica a respeito da fibromialgia, ocorreu em Barcelona, no ano de 2008, uma Jornada Científica intitulada “*Fibromialgia: una enfermedad más visible*”, que reuniu profissionais de diversos países que estudam a fibromialgia e buscam formas de torná-la uma doença mensurável. A jornada teve como fruto a publicação de um artigo de mesmo título, que defende a fibromialgia como uma enfermidade que pode ser detectável através de novas tecnologias capazes de visualizar e medir as dores de pacientes diagnosticados.

Segundo Collado (2008), os sintomas da fibromialgia são consequência de um fenômeno de sensibilização que se produz de modo extenso, atingindo todo o sistema do corpo, escapando às regiões teciduais, de modo que não existem lesões detectáveis. Informa também que a análise molecular mediante a ressonância espectroscópica cerebral ou por tomografia de emissão de pósitrons está começando a identificar algumas diferenças entre pacientes com e sem fibromialgia.

Baseado na publicação de Collado, Torres (2008) defende que uma modalidade específica de ressonância pode ser utilizada, a “ressonância nuclear isotópica”. Segundo ele, a fibromialgia poderia ser detectada a partir da identificação da presença de focos de estimulação que produzem as dores em diferentes áreas do cérebro, como uma espécie de mau funcionamento na comunicação neuronal.

O autor pontua que “as hipóteses mais atuais sobre a causa da fibromialgia estão relacionadas a fenômenos de sensibilização a nível cerebral por alterações das substâncias químicas que transmitem as sensações” (TORRES, 2008, p. 501, tradução nossa²). O autor destaca ainda a necessidade de um maior conhecimento sobre a doença e de um maior reconhecimento médico e social sobre a enfermidade que, segundo ele, é “real” (p. 502). Collado (2008) conclui sua teoria indicando que “a nova tecnologia e atual investigação está abrindo com passos avançados o conhecimento das alterações

² Las hipótesis más actuales sobre su causa se dirigen hacia fenómenos de sensibilización a nivel cerebral por alteraciones en las respuestas de las sustancias químicas que transmiten las sensaciones (TORRES, 2008, p. 501).

físicas produzidas na fibromialgia e em outros processos com dor crônica” (p. 519, tradução nossa³).

No entanto, não foram encontrados outros trabalhos publicados por Collado (2008) e Torres (2008) desenvolvendo ou aprofundando sua teoria. Também não foram identificadas outras produções que apresentassem e discutissem a fibromialgia levando em conta a teoria trazida pelos autores. Apesar de apontarem elementos diferentes da grande maioria das pesquisas e trabalhos que se debruçaram sobre a fibromialgia, suas causas e desdobramentos, o imperativo de que a doença precisa ser reconhecida como tal é uma das principais conclusões dos trabalhos. A necessidade desse maior reconhecimento será melhor discutida mais à frente, no capítulo III desta dissertação.

Em suma, é possível identificar um forte empenho do saber médico em medidas que possibilitem a instauração de um diagnóstico diante de uma “questão” apresentada pelo corpo, e isso demonstra de maneira clara o modo com que este campo do conhecimento se relaciona com os impasses que se apresentam para ele. A medicina procura completar os “espaços vazios” e ligar as “peças soltas” para que possa operar seu trabalho de tratamento e cura. Entretanto, é importante compreender que a dor crônica sem sinal de lesão ou disfunção apresenta elementos que indicam uma singularidade do sofrimento que só será apreendida se for preservada a sua dimensão de enigma, admitindo a existência de um “não saber”. Nesse sentido, a clínica psicanalítica tem muito a contribuir.

Zanotti *et al.* (2017) propõem que é fundamental sustentar a enunciação do paciente, pois apenas dessa forma será escutada a teoria particular do sujeito sobre sua dor. Nessa direção, ele também poderá interrogar sua forma de se colocar no mundo e questionar-se a respeito de qual a sua relação com a cronicidade da dor.

Para a psicanálise, é preciso aceitar a complexidade que a dor coloca frente ao sujeito e ao tratamento, seja ele médico ou analítico. E, desse modo, lidar com algumas incertezas a respeito do sofrimento, compreendendo que alguns modelos de tratamento podem ser repensados, como aqueles que operam a partir de uma insistência no dualismo entre o psíquico e o orgânico.

Sem dúvida, são incalculáveis as contribuições do campo médico para o tratamento do sofrimento humano, e sua contribuição perpassa a construção diagnóstica.

³ La nueva tecnología y La investigación actual, esta abriendo con pasos avanzados, el conocimiento de las alteraciones físicas producidas em La fibromialgia y otros procesos com dolor crónico (COLLADO, 2008, p. 519).

No entanto, também é possível identificar aspectos que podem ser negligenciados no percurso da generalização e de construções que visam a elaboração de “universais”. Por isso, propomos que o ato de *diagnosticar* seja problematizado a fim de favorecer uma reflexão a respeito da sua missão e de sua repercussão no tratamento das mais diversas patologias, em especial, da fibromialgia.

1.3 O diagnóstico para o campo médico

É indiscutível a importância que o diagnóstico médico adquiriu ao longo dos tempos. Não é simples identificar quando ele assumiu tamanha relevância, no entanto, parece razoável afirmar que, por se tratar de um aspecto importante para o campo médico, o diagnóstico tem se tornado um pilar que faz parte da estrutura do discurso científico, contribuindo com a sua forte influência nos tempos atuais e atuando como um forte aliado nos modos de controle apresentados pela ciência.

Diagnosticar tem se tornado uma atividade fortemente valorizada nos modos de vida da contemporaneidade. Seu valor tem sido incentivado por diferentes campos, desde a indústria farmacológica, que tece uma estreita relação com a nomeação das doenças, às políticas públicas, que têm utilizado as construções diagnósticas como base primordial para suas ações e estratégias.

Hoje, a palavra *diagnóstico* aparece normalmente associada ao território médico, indicando-o como uma etapa do trabalho da medicina, cuja função é fazer uma definição a partir da nomeação de uma doença com base nos sintomas observados. Ao realizar um estudo semântico da palavra *diagnóstico*, Maesso (2013) indica que a palavra possui um significado amplo, com alguns sentidos: “ato de conhecer, separar, discernir, implicando decisão” (p. 434).

Na Antiguidade, esta palavra não era utilizada apenas no campo da medicina, mas também no campo da filosofia e da dramaturgia. Sauri (*apud* MAESSO, 2013) situa que, apesar da palavra *diagnóstico* fazer parte de diversos campos do conhecimento, como o social, o político e o econômico, houve uma cristalização deste termo dentro do campo médico, com um sentido voltado para o “trabalho de conhecimento e reconhecimento de sinais, úteis para alguma coisa” (p. 434). Dunker (2015) também se debruçou a refletir sobre a utilização do diagnóstico como instrumento, e pontua que:

O que distingue os diagnósticos clínicos dos demais tipos de diagnóstico é que os primeiros recorrem e se fundam no campo patológico. Os demais se apropriam do patológico como metáfora. Uma devastação ambiental ou uma política econômica suicida podem ser injustas, viciosas ou ineficientes, mas não se pode dizer que sejam propriamente patológicas. Não é de espantar que, com a inflação de práticas diagnósticas, a medicina tenha requerido nos últimos anos do Brasil o direito e o privilégio de ser a única disciplina a legitimamente praticar diagnóstico (p. 21).

O autor se refere à solicitação do Projeto de Lei do Senado (PLS) 7703/06, que pedia a regulamentação do Ato Médico. O projeto pleiteava que algumas atividades só pudessem ser realizadas por médicos, ou mediante sua orientação e autorização. O Projeto de Lei defendia que só o médico teria a autorização para diagnosticar doenças, definir tratamentos e determinar processos cirúrgicos ou invasivos. O projeto foi, no entanto, vetado pela Presidência da República.

Fazendo uma consideração do amplo sentido da palavra *diagnóstico*, Maesso (2013) pontua que, enquanto um ato de discernimento e “tratamento do real pelo simbólico” (p. 434), é possível afirmar que, apesar do diagnóstico não pertencer ao território médico, foi apropriado por ele como um “ato que envolve aplicação de método específico para chegar à finalidade de conhecer a doença, de modo que esse significado ficou aderido ao termo” (p. 434).

Com efeito, a forma com que o diagnóstico é utilizado no campo médico não é uma unanimidade. No campo da saúde mental, por exemplo, não é raro encontrar controvérsias sobre o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*, manual psiquiátrico que cataloga os transtornos mentais e uniformiza as informações dessas patologias, indicando seu funcionamento e orientando seu tratamento. Em sua primeira versão, o manual continha 106 transtornos mentais catalogados. Em sua quinta e última versão, lançada em 2013, o DSM cita mais de 300 doenças. Tal crescimento de possibilidades diagnósticas gera certo conflito entre especialistas que divergem sobre qual o real objetivo do aumento de possibilidades de diagnósticos.

Enquanto alguns especialistas defendem que sem o manual não seria possível detectar novas patologias e, portanto, seria impossível tratá-las de modo adequado, outros veem esse grande aumento como algo que é desnecessário ao campo médico e que a identificação de novas doenças ocorre prioritariamente devido a uma importante influência da indústria farmacêutica.

Pode-se ainda tecer certa crítica às últimas versões do DSM, visto que se torna cada vez mais raro que uma pessoa não se enquadre em ao menos um diagnóstico

apresentado pelo catálogo. Ao considerar a quantidade e variedade de características apresentadas, é razoável questionar, portanto, se toda a grande variedade de características e signos não comete um excesso ao associá-los a um campo patológico.

Dunker (2015), em sua obra *Mal-estar, sofrimento e sintoma*, faz uma crítica ao modo de diagnosticar nos tempos atuais. O autor acredita que há uma supervalorização do diagnóstico, e pontua que a cultura dos consultores como “*coachings, mentorings e headhunters*” (p. 20), tem esperado diagnósticos para a resolução de diferentes problemas e conflitos inerentes ao campo da vida humana, promovendo, a partir de nomeações, os potenciais e desafios para uma reorientação da própria vida.

Essa cultura não tem se limitado ao campo de consultores. Na educação, por exemplo, tem se diagnosticado cada vez mais cedo. As dificuldades de aprendizado, bem como as de adaptação de crianças a uma modalidade de ensino ou plano escolar, têm sido suficientes para uma busca de diagnósticos como a dislexia ou déficit de atenção; nomeações que não escapam à medicalização. Dunker (2015) sintetiza:

O ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos [...] Se o reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas de doenças, síndromes, quadros ou distúrbios, é a tarefa do diagnóstico, a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma é o objetivo da diagnóstica (p. 20-21).

Não é possível deixar de lado os avanços da ciência médica naquilo que se refere ao desenvolvimento tecnológico dos recursos diagnósticos. Cada vez mais são alcançadas com maior precisão as características físico-químicas do corpo humano, o que possibilita um trabalho com exatidão de definições a respeito de excessos ou escassez de substâncias importantes para o funcionamento do organismo. A partir dessas descobertas, o médico trabalha com o objetivo de sanar essas anomalias. Silva e Farias (2017), ao discutirem o papel do diagnóstico em casos de pacientes com dores físicas, pontuam que:

A tentativa da identificação correta da causa da dor é uma etapa essencial na prática médica, uma vez que o médico quase sempre só se sentirá confiante a respeito do tratamento que vier a prescrever se houver um diagnóstico que ele mesmo reconheça como válido. No entanto, isto nem sempre é possível, sobretudo no caso da dor crônica (p. 47)

A dor crônica sem origem orgânica funda um impasse no campo médico, cujo modo de funcionamento se realiza a partir de pressupostos fixados em comprovações, conforme visto anteriormente. A tentativa de identificar o verdadeiro motivo da dor é

uma etapa fundamental para a prática médica, pois certamente o médico só terá confiança a respeito do sofrimento se houver um diagnóstico que ele possa reconhecer como válido.

O que podemos observar, nesse sentido, é que o próprio termo fibromialgia é do campo médico e que, portanto, sua existência já se apresenta como um reconhecimento da medicina em relação a esse fenômeno. No entanto, é possível identificar também que esse reconhecimento soa “parcial” à medida que o campo médico nomeia, mas não parece assumir para si o tratamento deste impasse clínico.

Em suma, o diagnóstico médico é baseado em fenômenos comprovados com uma probabilidade estatística, caracterizando-se como uma forma de conhecer o fenômeno, identificando suas causas e, desse modo, atribuindo rótulos. Nesse sentido, ele é necessário para estabelecer um tratamento e para que seja seguido um protocolo específico e pré-determinado. Assim, o campo médico opera a partir de uma atenção à doença, por vezes negligenciando o sujeito doente.

A medicina também conta com outro importante pilar de suas construções diagnósticas: a medicalização. Os medicamentos têm operado cada vez mais como aliados do conhecimento médico, desde o ponto de partida, no momento em que são feitas investigações a respeito dos sintomas do corpo, até o resultado final, sendo utilizado como recurso essencial no tratamento das mais diversas enfermidades.

A importância do avanço da indústria farmacêutica não deve ser relativizada, visto que são incontestáveis as suas contribuições. Sua colaboração tem sido tão fortemente utilizada que não tem se limitado à categoria de um recurso operado apenas na terapêutica das doenças, como um aspecto presente na etapa pós-diagnóstica. Os medicamentos têm sido também mais um dispositivo que contribui na definição dos diagnósticos.

Segundo Dunker (2015), “Os chamados ‘ajustes de medicação’ oscilam até que a medicação que se mostra eficaz determine, retrospectivamente, o diagnóstico que a justifica” (p. 28). Durante os exames e pesquisas realizados a partir dos sinais apresentados pelo corpo, alguns medicamentos passam a ser prescritos enquanto as reações corporais são observadas, o que tem servido como um dos critérios para definição do diagnóstico. Assim, a resposta ao medicamento, bem como o êxito na ação das substâncias no corpo, tem permitido relacionar alguma disfunção do organismo com esses efeitos e, desse modo, a medicação passa a ser mais um parâmetro para o diagnóstico. Ao mesmo tempo, não se pode perder de vista que a medicação tem

também seus efeitos de modulação, ou seja, de apaziguamento das questões que emergem das mais variadas construções humanas. As medicações são também zonas de contenção, que podem anestesiar e frear as excitações, funcionando como muros que procuram inviabilizar o mal-estar e o sofrimento.

Nesse sentido, diversos autores (DUNKER, 2015; MAESSO, 2013; BESSET *et al.*, 2010; SLOMPO; BERNARDINO, 2006) identificam que a discussão a respeito do diagnóstico levanta outros aspectos que também devem ser convocados à reflexão, como é o caso da medicalização. Apesar de ser um grande aliado, é considerado também um recurso que pode ser perigoso enquanto um dispositivo de controle e anestésico dos sofrimentos.

Em geral, a medicalização está em função de um cessamento do sofrimento, sobretudo o sofrimento doloroso. Se refletirmos sobre a utilização cotidiana que se faz usualmente dos medicamentos, identificaremos claras associações às dores de cabeça, estômago, dores musculares, ou outras sensações que estão relacionadas a algum incômodo no corpo. Sem muitos escrúpulos, os medicamentos têm passado a fazer parte da rotina das pessoas, frequentemente sendo um obstáculo na investigação e tratamento daquilo que dá origem a tais sintomas. Nessa direção, Creder (2002) assinala esse fenômeno como uma epidemia nos tempos atuais:

Os cinquenta bilhões de tabletes de aspirina consumidos por ano entre os norte-americanos — sem incluir outros incontáveis analgésicos — ou, ainda, os usuários de ansiolíticos e antidepressivos dos portadores de dor moral, ou de “sofrimento” (que elevariam esse número a dimensões astronômicas), demonstram emblematicamente a multiplicidade e a peculiaridade de um fenômeno aparentemente epidêmico, no final do século XX (p. 31).

Esse é um grande risco na relação com a medicalização. Os medicamentos podem ter um papel sedativo sobre sinais e sintomas que necessitam ser “escutados” para, então, contribuir com a identificação e tratamento de sua causa. Se, por exemplo, uma febre persistente for sinal de uma inflamação na faringe, e esse sintoma não for valorizado antes de ser “sedado”, é possível que em nenhum momento a verdadeira causa desse sintoma seja descoberta.

Em uma pesquisa sobre a fibromialgia, Slompo e Bernardino (2006), ao refletirem sobre a medicalização, defendem que os medicamentos estão empenhados no controle das questões humanas: “Querem calar o corpo para calarem-se as questões” (p.275). Nessa perspectiva, Besset *et al.* (2010) refletem sobre o papel da medicalização frente aos tempos atuais e à noção de sujeito compreendida pela psicanálise:

O Outro contemporâneo, o mestre moderno capitalista, encontra respaldo no discurso da ciência e promove mutações nos modos de gozar do sujeito falante. A psicanálise de orientação lacaniana muda a ênfase que antes estava posta na relação do sujeito com o desejo, regulado pela falta cujo significante principal era o falo, para um domínio de uma nova modalidade de gozo, denotando um outro regime de regulação da civilização (p. 260).

Em geral, os autores problematizam o lugar que a medicalização tem ocupado nos modos de sofrimento vividos na contemporaneidade. É plausível considerar que, em alguns aspectos, sua utilização pode estar no campo do excesso, o que faz desse tema uma discussão necessária ao projeto terapêutico.

Propõe-se pensar, portanto, que se o corpo apresenta sintomas como a dor, é possível que esses sinais anunciem e expressem um saber que só poderá ser encontrado se o sofrimento, ao invés de ser “calado” ou adiado, puder ser escutado com a convicção de que ele é uma expressão de singularidade. Besset *et al.* (2010) reforçam essa ideia ao afirmar a posição da psicanálise frente aos sinais apresentados pelo corpo: “pensamos que os sinais clínicos, os sintomas em sua acepção médica, só podem ter sentido no particular do caso e na relação com a singularidade do sujeito” (p. 1255).

É possível, no entanto, encontrar espaço na medicina para as questões trazidas pela psicanálise a respeito do tratamento da dor crônica? Há possibilidade de diálogo entre a generalização e objetividade da medicina, com seus pressupostos baseados em evidências, diagnósticos e medicalização, e a noção de sujeito, sofrimento e singularidade trazidos pela psicanálise? A fibromialgia, que elucida a tensão entre os diferentes saberes, pode ser analisada a partir de uma interlocução entre os campos médico e psicanalítico?

1.4 Psicanálise e medicina: um diálogo possível?

Em um importante estudo sobre a dor, Creder (2002) tece a seguinte afirmação: “Não se pode conceber, na atualidade, uma medicina sem uma perspectiva anímica, nem tampouco uma psicanálise sem contemplar o corpóreo. Em verdade, toda medicina já é psicossomática e toda psicossomática já é psicanalítica” (p. 48). Nesse sentido, é possível pensar uma relação dialógica entre o campo médico e a clínica psicanalítica?

A interrogação a respeito do diálogo entre estes saberes não é recente. O próprio Lacan questiona-se a respeito desse tema em uma conferência para o Colégio de Medicina, no ano de 1966. Nesse momento, Lacan (1966), ao indagar sobre o lugar da

Psicanálise na Medicina, afirma que este lugar é “marginal” e “extra-territorial”. O autor (1966) defende que:

Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior [...] Ele é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar essa extra-territorialidade (p. 1)

Os dilemas encontrados na interlocução entre os dois campos de saberes não acontecem à toa. Enquanto a psicanálise se configura como um processo de invenção, criação e transformação do sujeito, a medicina tem um compromisso com a restituição e preservação de um estado de saúde que é contornada pelas normas sociais em curso. Segundo Gaspard (2012), nenhum dos saberes pode limitar-se às suas próprias doutrinas e práticas. Em relação ao saber médico, o autor defende que:

O exercício médico não se resume à observação sábia do corpo e das doenças, à boa prescrição de medicamentos e, tampouco, à qualidade das ações diagnósticas e terapêuticas. Através de uma demanda de cuidados, ela também se encontra convocada e obrigada a responder às questões que os sujeitos, em sua ignorância, muitas vezes conseguem articular (p. 90).

Enquanto isso, a psicanálise compreende que este mesmo corpo é constituído e atravessado também pela sua dimensão subjetiva; subjetividade que emerge do campo da linguagem e por isso é submissa aos seus princípios e equívocos. Segundo Gaspard (2012), “a linguagem não somente preexiste ao sujeito como constitui também seu traumatismo essencial uma vez que marca o ser vivo através da cunhagem nos pontos de fixação que dão forma ao sintoma” (p. 90).

Lacan (1966), ainda na conferência sobre a relação entre os dois saberes, chama atenção para o fato de que, ao considerar a história do médico ao longo das eras, o chamado “médico padrão” era o homem de autoridade e prestígio. Esse histórico pode se manifestar e se atualizar através de certa resistência em lidar com o “não saber” inerente ao campo da linguagem, no entanto, haverá sempre um confronto com as diversas invenções humanas.

Na realidade, o médico se defronta inúmeras vezes com situações em que o “não saber” se apresenta de modo importante, interferindo nos protocolos padrões de seu trabalho, a exemplo do que ocorre em situações de sofrimento psíquico, resistências a tratamentos, perturbações que emergem de modo inesperado, momentos em que doenças evoluem de modo mais rápido do que o previsto, ou mesmo fenômenos como as dores crônicas. Segundo Doucet (*apud* Gaspard, 2012):

Aquilo que se admite de forma corrente no âmbito do exercício médico liberal e privado, a saber, a escuta e a consideração da singularidade, encontra-se reduzido em função do desenvolvimento contínuo de novidades

tecnológicas e da corrida em busca da rentabilidade pelas práticas auxiliares e complementares, como a dos psicólogos (p. 91).

A dor crônica é um dos fenômenos com o qual o campo médico precisa se defrontar sem negligenciar a carga de persistência da queixa e de sofrimento psíquico ao qual ela está associada. Por esse motivo, é consenso que o tratamento da dor crônica, em especial da fibromialgia, ocorra de modo multidisciplinar (BESSET *et al.*, 2010).

É a partir deste consenso que o saber *psi* passa a ser convocado para dar sua contribuição à análise e tratamento dessa enfermidade. No entanto, segundo Lima e Trad (2007), o principal formato dos programas de terapêutica da dor parte de uma abordagem biomédica, e, desse ponto de partida, leva em conta sobretudo a medicação, seguida de psicoterapia e dos métodos convencionais da medicina.

A relação entre a Medicina e a Psicanálise tem início já nas primeiras teorizações de Freud. A teoria psicanalítica é fundada justamente em um momento em que o saber médico se vê diante do impasse apresentado pela histeria: mulheres que tinham sintomas físicos, como paralisia, enrijecimento e mudez, não apresentavam lesões orgânicas que justificassem tais sintomas, o que gerava certo desconforto para os médicos da época e refletia na falta de legitimação daqueles fenômenos.

As semelhanças entre a Histeria e a Fibromialgia já foram discutidas por alguns autores (SLOMPO; BERNARDINO, 2006; ZANOTTI; BESSET, 2013; ESPINOZA, 2013) e, apesar de não nos determos neste trabalho a fazer uma comparação entre estas manifestações, destacar a teoria de Freud sobre a etiologia da Histeria traz uma pontual contribuição para a discussão a respeito da interlocução entre os saberes médico e psicanalítico.

Segundo Slompo e Bernardino (2006), enquanto o grande corpo de médicos se relacionava com a histeria apresentando resistência e desdém, Freud se propôs a escutar o que aquelas mulheres tinham a dizer a respeito de seus sintomas. Nesse sentido, Freud (1983/1996) trabalhou com a ideia de que o estado físico das histéricas era reflexo de seu estado mental e que, através da escuta, poderia proporcionar às suas pacientes que seus sintomas fossem trabalhados de modo que pudessem encontrar seu estatuto de palavra. Em “Comunicação preliminar”, o psicanalista (1983/1996) pontua que:

À primeira vista, a principal posição teórica adotada pelos autores da “Comunicação Preliminar” parece simples. Eles sustentam que, no curso normal das coisas, se uma experiência for acompanhada de uma grande dose de “afeto”, esse afeto é “descarregado” numa variedade de atos reflexos conscientes, ou então vai-se desgastando gradativamente pela associação com outros materiais mentais conscientes. No caso dos pacientes histéricos, por outro lado, nenhuma dessas coisas acontece. O afeto permanece num estado

“estrangulado”, e a lembrança da experiência a que está ligado é isolada da consciência. A partir daí, a lembrança afetiva se manifesta em sintomas histéricos, que podem ser considerados como “símbolos mnêmicos” - vale dizer, como símbolos da lembrança suprimida (p. 22).

Em seu texto sobre a etiologia da histeria, Freud (1896/1996) afirma que “nenhum sintoma pode emergir de uma única experiência real, mas que, em todos os casos, a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com ela atua na causação do sintoma” (p. 194). E prossegue afirmando que: “a descoberta mais importante a qual chegamos quando uma análise é sistematicamente conduzida é que qualquer que seja o caso, qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual” (p. 196). Mais à frente, o autor conclui que “na base de todos os casos de histeria, há uma ou mais ocorrências de experiência sexual prematura, ocorrência reproduzida através do trabalho da psicanálise a despeito das décadas decorridas no intervalo” (p. 200).

A partir da escuta da história daquelas pacientes, Freud pôde formular tais hipóteses e, com isso, pôde também refletir a respeito do modo como a medicina trabalhava os casos que eram apresentados pelas diversas manifestações humanas. Freud, então, concluiu que as falas das pacientes histéricas sobre os seus corpos tinham, em sua maioria, relação com a forma com que elas lidavam com a sexualidade, reprimindo toda e qualquer manifestação de desejo ou expressão sexual.

Depois de fazer uma apresentação dos casos clínicos em seus estudos sobre a histeria, Freud (1893/1996) faz um interessante relato, indicando uma ampliação do olhar médico, ao observar – e tratar – os fenômenos humanos com os quais ele se deparava.

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falte-lhes a marca de seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha. A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção. Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem uma vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença - uma ligação pela qual ainda procuramos em vão nas biografias das outras psicoses (p. 120).

A partir também das construções freudianas, é possível reiterar a diferenciação dos pontos de partida da Medicina e da Psicanálise e, desse modo, nem sempre é possível que a troca de conhecimento entre os dois saberes tenha convergência para o mesmo ponto de chegada. Para Creder (2002):

Tanto uma parcela de médicos quanto uma de psicanalistas tentam refutar, realçar ou destacar seus conhecimentos específicos em detrimento de outros, gerando embates que certamente não são exclusivos desses dois saberes, mas que, especialmente na dor, dentro de uma perspectiva *psicopatológica*, o saber de um se faz necessário para instrumentalizar o do outro (CREDER, 2002, p. 22).

Freud (1883/1996) sublinha que as distinções se refletem também nos modos de cada campo lidar com o diagnóstico, o que não ocorre sem consequências. Conforme vimos, o diagnóstico para o campo médico deve estar sempre alicerçado naquilo que pode ser mensurado e em fenômenos que possam ser comprovados. A psicanálise, ao contrário, está empenhada naquilo que está para além de fenômenos objetivos, privilegiando a escuta da singularidade do sofrimento.

A perspectiva tradicionalmente biológica do corpo humano é objetiva e opera a partir dos pressupostos das ciências naturais. Nesse sentido, o discurso médico admite as afetações corporais como manifestações que pertencem a um corpo biológico fixado em princípios também objetivos, e por isso, previsíveis.

Para as ciências naturais, a dor tem função de alarme e indica que algo não vai bem no corpo, sendo assim um indicador importante para o estabelecimento de uma nomeação diagnóstica. No entanto, a dor crônica, principal sintoma da fibromialgia, não aparece como um sinal de alarme ou como sintoma de alguma outra enfermidade orgânica como nas doenças “comuns”. Lima e Trad (2007) destacam que:

A dor crônica é apresentada, portanto, como um “erro de leitura”, uma alteração deste sistema de proteção, que passa a ter um sentido ambíguo entre proteção e perversão. Este entendimento da dor descortina questões nucleares para a biomedicina, pois, atinge frontalmente cânones desta racionalidade médica quais sejam: a constituição do “olhar médico” e a diferenciação entre o normal e o patológico (p. 2674).

Além disso, podemos ainda problematizar a concepção de dor⁴, que aponta para um caráter subjetivo. Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial ou descrita em condições dessa lesão” (IASP, 1979). Partindo do referencial teórico da psicanálise nos estudos sobre a dor crônica, Castellanos (2009)

⁴ A concepção de dor será discutida no próximo capítulo desta dissertação.

defende que esta definição indica a ambiguidade do conceito de dor, pois se trata de uma sensação ou emoção que pode ocorrer inclusive sem que haja lesão ou disfunção física responsável, o que, por sua vez, leva à ideia de que o fator psíquico tem um papel significativo na emoção dolorosa.

Besset *et al.* (2010) afirmam que o caráter eminentemente subjetivo dos transtornos ligados à fibromialgia (dor, fadiga, mal estar, transtornos do sono) sugere a adequação de uma avaliação e de uma terapêutica que vá além do olhar médico. Além da menção a tratamentos medicamentosos, há também a frequente proposta de acompanhamento psicoterápico.

O discurso médico, alicerçado no discurso científico, procura converter aquilo que foge às suas leis em algo passível de ser nomeado. Nesse sentido, é possível propor que o diagnóstico médico será sempre uma “invenção nominalista” (BESSET, 2010, p. 1258) frente a algo que não se sabe. Besset *et al.* (2010) pontuam também que nomear o inominável tem sido um recurso bastante utilizado no pensamento moderno, pois o “fracasso do dispositivo religioso em fabricar sentidos aos enigmas do corpo convoca o cientista a obturar o vácuo de sentido que aí se estabelece” (p. 1258), e a nomeação do mal-estar tem garantido um lugar importante nos tempos atuais.

Desse modo, é comum que alguém que padece de alguma enfermidade esteja tão empenhado em nomeá-la quanto em fazer com que cesse seu sofrimento doloroso. Dunker (2015) endossa que “agora ele [o diagnóstico] parece ter se tornado um poderoso e disseminado meio de determinação e de reconhecimento, quando não de destituição da responsabilidade de um sujeito” (p. 33). Mas o que está em jogo no apelo ao diagnóstico? Quais aspectos podem estar subjacentes no discurso do sujeito que está empenhado em assumi-lo?

Por um lado, o diagnóstico pode proporcionar certo alívio ao sujeito, pois, dentre algumas operações, ele tem um lugar de legitimação do sofrimento e, além disso, propõe os passos que o sujeito dará a partir daquela nomeação. Pode ainda “permitir a reinserção do sujeito no coletivo, no ‘como todo-mundo’, com um estatuto normativo, por assim dizer. Graças a essa identidade postiça, gozos corporais não precisam mais ser escondidos ou calados” (BESSET *et al.*, 2010, p.1263).

No caso de uma enfermidade mais complexa, ele não é apenas um evento clínico que desdobrará em um tratamento médico. Ao contrário, como defendido por Dunker (2015), o diagnóstico também terá efeito econômico para a pessoa que o recebe e para as pessoas ao seu redor; também pode ter um efeito moral, se se tratar de uma doença

com estigmas sociais; ou mesmo uma consequência educacional, se implicar em questões de cuidados pessoais ou restrições. Ou seja, o que pode ser considerado como um simples ato de “diagnosticar” pode ter um impacto bastante significativo para o sujeito e para as pessoas ao seu redor.

Schneider (2017) defende que o diagnóstico não está apenas a serviço dos procedimentos médicos que visam identificar uma doença e, então, tratá-la. Para o autor, a lógica diagnóstica de “nomeação” do mal-estar tem sido utilizada como mais uma forma de tentar alcançar uma estabilidade idealizada nos manuais de desenvolvimento humano, correndo o risco de deixar de lado a angústia do sujeito. O autor pontua que:

A ciência, na reflexão sobre os diagnósticos, é considerada como uma das formas de fugir do mal-estar, podemos dizer que é nela que tendemos a depositar nossa confiança, com a história do “cientificamente comprovado”, ainda assim esta não tem conseguido suprir a falta de resposta, até porque o anseio por resposta é ilusório, traz muitas dúvidas e angústias também. Em nome de uma ciência positivista aprendemos a medir, pela lógica matemática: velocidade, distância, potência e quociente de inteligência, entre outros. Criamos o cálculo, a curva normal, apresentamos marcadores de desenvolvimento, para medir e comparar as crianças (SCHNEIDER, 2017, p. 38).

Desse modo, o diagnóstico pode assumir um papel de fuga do mal-estar inevitável. Uma enfermidade que não pode ser localizada, como a fibromialgia, inaugura uma nova forma de avaliar a doença, e foi esse o caminho que a medicina procurou fazer, criando artifícios e métodos que pudessem medir ou ao menos aproximar-se de uma localização da doença. Conforme vimos, frente a um impasse, o discurso médico procura dar respostas conclusivas. Em uma cultura em que o poder de legitimação dos fenômenos está na ciência, o diagnóstico pode validar ou não as formas de sofrimento.

Uma vez que o diagnóstico médico é dado, outras questões podem ser problematizadas. Besset *et al.* (2010) discutem o conflito que pode ser gerado a partir da nomeação do mal-estar vivido pelo paciente que padece de dor. Os autores refletem que “no momento em que irrompe um mal-estar e a esse mal-estar é atribuído um nome [...] o corpo desse sujeito fica, para sempre afetado por um efeito de nomeação, marca do significante sobre sua carne” (p. 1258), e, entre alguns possíveis efeitos, está o da identificação do sujeito ao diagnóstico, voltando a atenção para a doença e não para si mesmo como um sujeito acometido por ela.

Conforme discutimos a respeito do efeito da medicalização em relação ao sofrimento, também é possível refletir sobre os efeitos que o diagnóstico médico pode

ter no tratamento do paciente, visto que isso pode influenciar a sua implicação em seu sofrimento. Maesso (2013) discute essa questão, demarcando que a nomeação via diagnóstico pode gerar certo alívio ao sujeito, influenciando em um desinvestimento na investigação sobre o seu próprio sofrimento e no que pode estar intimamente relacionado a ele. O autor (2013) reflete que:

Embora o método diagnóstico, concebido no campo médico, seja necessário para determinar o tratamento de várias afecções orgânicas, o mesmo método pode ser desastroso, quando aplicado sobre as formações do inconsciente usadas como meio de o sujeito dizer acerca de sua verdade (p. 434).

Dessa forma, a nomeação do sofrimento é, sem dúvida, uma possibilidade de buscar a cura do paciente, entretanto, pode configurar-se também como um elemento que, orientado pelo discurso científico, caminha na direção de uma forclusão da singularidade. “É próprio à estrutura do discurso um certo tratamento do gozo, entretanto, o discurso da ciência por tomar o real pela verdade, foraclui a singularidade como traço diferencial do ser falante (BESSET et al., 2010, p. 1259).

No que se refere à dor crônica sem causa orgânica comprovada, Farias e Silva (2017) afirmam que é comum também que esses pacientes, a partir do momento em que têm um diagnóstico, apresentem um comportamento “*doctor shopping*”, persistindo insistentemente na busca de uma causa que justifique “concretamente” sua dor. Este comportamento também demonstra a dificuldade que se tem em reconhecer a dor crônica como algo legítimo e válido, não sendo, portanto, a causa verdadeira de seu sofrimento doloroso.

É curioso identificar que, mesmo alcançando o diagnóstico, recurso demandado de modo significativo, alguns pacientes apresentam certa resistência em legitimá-lo quando se trata da fibromialgia. A dificuldade em validá-la levanta uma questão importante a respeito do reconhecimento médico da fibromialgia, mas também do reconhecimento do próprio sujeito em relação a seus sintomas, o que será discutido nos próximos capítulos.

É possível identificar algumas falhas nesse sistema, visto que esta ciência “positivista que aprendemos a medir, pela lógica matemática: velocidade, distância, potência e quociente de inteligência” (SCHNEIDER, 2017, p.39) não tem dado conta da multiplicidade de fenômenos com os quais ela se defronta, o que demonstra ser ilusório considerar que um mesmo campo de conhecimento teria respostas para os variados impasses humanos. Desse modo, a psicanálise visa à preservação deste impasse enquanto porta de entrada para o “não-saber” e, assim, operar a investigação e o

tratamento do sofrimento considerando aquilo que o sujeito demanda e anuncia através dos seus sinais e sintomas.

Para a psicanálise, é necessário operar a partir da singularidade do sujeito e, para isso, até lança mão de um diagnóstico, no entanto, para esta clínica, o diagnóstico não pré-determina objetivamente o caminho do doente, mas opera na direção de uma cura, identificando o seu funcionamento psíquico, sobretudo naquilo que diz respeito ao desejo do sujeito.

Em relação ao modo de lidar com o diagnóstico médico dentro do campo psicanalítico, o próprio Freud subverteu os modos tradicionais da ciência e, frente a uma nomeação realizada pela medicina, propôs-se a escutar o sofrimento das mulheres históricas nos hospitais. A partir disso, pôde trabalhar na direção da cura, dando espaço para a experiência daqueles sujeitos com a doença. Nessa direção, consideramos importante dedicarmos-nos também ao uso que a psicanálise faz do diagnóstico, visto que esta clínica apresenta de forma particular uma atenção às estruturas psíquicas que indicam as formas de expressão do Eu e nelas, a singularidade do sujeito.

1.4.1 O uso dos diagnósticos na clínica psicanalítica

Para que possamos situar o diagnóstico em psicanálise, é importante demarcar que, para a clínica psicanalítica, as relações do sujeito com o mundo ocorrem a partir de uma mediação pela “realidade psíquica”. Segundo Freud, “O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica” (1900/1978, p. 613) em sua dimensão desconhecida, emergindo através da fala do sujeito, dela podendo-se produzir um sentido, o que se dá via transferência.

O sujeito endereça sua fala ao analista e, através da escuta do discurso, o analista começa a considerar alguns aspectos mais importantes e vai construindo, por meio da transferência, um diagnóstico. Desse modo, os instrumentos de tratamento e de diagnóstico desta clínica partirão desta concepção, compreendendo, por isso, que não há um acesso direto ao mundo, diferentemente de como propõe a ciência médica e a sua forma de diagnóstico. Nesse sentido, Figueiredo e Machado (2000) assinalam que:

O psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem. O diagnóstico aparece então como estrutural e não mais fenomenológico. Por diagnóstico estrutural podemos por ora entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa (p. 67).

A clínica psicanalítica não utiliza o diagnóstico como uma ação descritiva de fenômenos observáveis e bem delimitados, bem como não está focada na determinação de um roteiro pré-estabelecido. Ao contrário, opera a partir de uma nomeação estrutural do sujeito que irá, sem dúvida, incidir na conduta da direção do tratamento, mas privilegiando a produção de sua verdade, apoiada em sua singularidade e sofrimento.

A partir do simbólico, é possível fazer um diagnóstico estrutural, e, conforme nos aponta Quinet (2005), isso ocorre a partir de três modos diferentes de negação do Édipo, os quais correspondem às estruturas clínicas da neurose, da psicose e da perversão. Cada estrutura apresentará formas diferentes de negar o Édipo e de manifestar sintomas e, para a psicanálise, a única técnica essencial e imprescindível é a escuta, pois, é a partir dela que algo da estrutura do sujeito poderá ser localizada. Além disso, é desse modo que o analista poderá acessar as motivações inconscientes que dão origem às aflições do paciente.

Conforme Leguil (1989), o que primeiro se deve esperar do diagnóstico em psicanálise é: “que ele só diga – pois elas não são unívocas – as maneiras como se repartem na estrutura os efeitos de uma confrontação com o enigma do desejo do Outro, e não as que permitem dividir os fenômenos em função de modelos dados” (p. 61).

Desse modo, o diagnóstico diferencial em psicanálise é proposto com uma função de orientação para a condução do tratamento – não do sujeito –, que guiará o analista no modo de observar e interpretar as manifestações do discurso do paciente. No que se refere aos pacientes que padecem de dor crônica, por exemplo, este fenômeno terá diferentes funções para o sujeito, seja ele neurótico ou psicótico, apresentando, nesse sentido, formas distintas de demanda, de amarração psíquica, bem como da função da dor, o que repercutirá de uma forma muito singular em sua vida.

Diagnóstico em psicanálise não implica fazer uma nomeação da parte do analista assumindo um lugar de saber e autoridade, nem tampouco tem o objetivo de naturalização de um mal-estar ou o reconhecimento de um modo de sofrimento. Ao contrário, a teoria e a prática psicanalíticas têm como ponto de partida um saber do próprio sujeito a respeito de seus conflitos e de seu sofrimento.

Nesse sentido, opera-se a partir de uma noção de autonomia do sujeito em relação àquilo que ele vivencia, promovendo a responsabilização, como também a identificação do sujeito de seus modos de ser no mundo. Dunker (2015) pontua que “a psicanálise é uma clínica, pois advoga a autonomia dos sintomas que lhe dizem respeito

como método de tratamento” (p. 37). Conforme o autor, para a clínica psicanalítica, é importante que sejam feitos alguns diagnósticos que possam ajudar na direção do tratamento:

[...] da transferência, do sintoma, da divisão do sujeito, da economia de gozo. Eles não se fazem de uma vez, no começo das sessões, mas ao longo do processo, concluindo-se apenas ao final, quando se tornaram, de certa maneira, desnecessários. Como uma estratégia de pensamento e como organizador da ação clínica, o diagnóstico se renova a cada encontro. Contudo ele não é uma prática reservada ao analista, posto que o analisante fórmula, elabora e desenvolve os seus próprios diagnósticos. Ao contrário da medicina, para a qual são inúteis e até mesmo prejudiciais, em psicanálise o autodiagnóstico é uma função necessária do discurso que se pratica (p. 39).

O autor não se refere aqui ao diagnóstico como recurso oficial da medicina ou da clínica psicanalítica, que lança mão do diagnóstico diferencial, mas as possíveis leituras que serão feitas ao longo do tratamento pelo paciente e pelo psicanalista que poderão servir como balizadores (ou não) dos passos seguintes diante de sua trajetória particular.

No que se refere à interlocução da psicanálise com o campo médico e seu diagnóstico, o psicanalista pode trabalhar com hipóteses diagnósticas e, a partir disso, vislumbrar possíveis encaminhamentos e direcionamentos no tratamento, isentando-se, entretanto, de incutir em seu paciente um vocabulário psicopatológico próprio do saber científico. Dentre os riscos mais significativos da atribuição de um diagnóstico a um modo de sofrimento, está o da identificação do sujeito com uma nomeação que pode aliená-lo com mais um significante, podendo tamponar sua experiência subjetiva.

Dunker (2015) defende a importância de que a psicanálise inclua e considere o diagnóstico pré-constituído apresentado pelo paciente. No entanto, é ainda mais importante considerar que, frequentemente, o trabalho de análise é justamente o de desconstrução dos diversos diagnósticos, não apenas os médicos, mas também estético, moral, familiar, entre outras possibilidades.

Para a psicanálise, o diagnóstico deve estar empenhado em fazer emergir o sujeito do inconsciente, sobretudo com equívocos e lacunas. Segundo Schneider (2017), o lugar do analista é sempre o de contribuir com a abertura do caminho para um reposicionamento do sujeito, favorecendo a interrogação do próprio sujeito sobre o seu sofrimento. Tudo isso porque parte-se do pressuposto de que o sujeito deve acessar a sua própria verdade, em seu próprio saber, ainda que não todo.

A psicanálise fundamenta o diagnóstico na escuta, visando ir além das queixas e demandas mais imediatas, ou seja, vai buscar o que está por de trás dos sintomas, levando em conta a história de vida promovida pelo encontro entre o analisando e o psicanalista, a dinâmica familiar, a constituição subjetiva do sujeito. A partir disso é que uma análise poderá ser conduzida.

Assim, trabalhamos com um diagnóstico diferente da Psiquiatria, que toma como referência todo um conjunto de sintomas, e por eles conduz a terapêutica. É comum nos cursos introdutórios de formação em psicanálise, escutar a colocação de que “o diagnóstico em Psicanálise se faz pela transferência” (...) isto é, não deixamos de fora o sujeito do inconsciente quando pensamos em um possível diagnóstico (SCHNEIDER, 2017, p. 44).

Ao fundamentar a psicanálise, Ansermet (2014) destaca que “o saber sobre o qual ela se funda é, com efeito, o próprio do sujeito. Ele deve ser extraído mais do que aplicado. Do lado do analista, a espera necessita abandonar todo preconceito” (p. 1). Ou seja, mais do que apresentar ao sujeito que sofre possibilidades de fazer cessar seu sofrimento, é preciso compreender que seu tratamento será desenvolvido a partir de um caminho singular, e não imposto a partir de uma generalização.

O singular é sempre exceção ao universal. E aí está alojado um importante impasse na relação com o campo médico. Em geral, a psicanálise é convocada em nome de universais, mas possui um *modus operandi* que privilegia aquilo que é particular, e esse é um dos pontos de divergência cruciais entre os dois saberes.

Outro ponto de distinção essencial entre a prática médica e a clínica psicanalítica é o estatuto que é concedido ao corpo. A posição tradicionalmente assumida pelo médico em sua prática é a de ficar frente a um corpo que está em sofrimento. No entanto, a clínica psicanalítica faz uma diferenciação entre corpo e organismo, e disso desdobram-se outras distinções. Segundo Gaspard (2017), essas distinções são fruto das lições a respeito dos estudos de Freud sobre a histeria:

[...] as lesões do eu (identificado como corpo imaginário) são responsáveis pelas paralisias, mesmo se não há lesão orgânica e o sistema nervoso conserva sua integridade. O sujeito, porque fala, é dividido em relação ao seu organismo (fora de sentido deixado ao real). Portanto, são as manifestações, os silêncios e os fracassos do organismo que interrogam o saber médico, obrigando o médico a tratar esse real pelo simbólico. É dentro desse entrelaçado entre respostas da ciência médica e manifestações do organismo que as tomadas de posição do sujeito podem ser situadas como sintomas (p.91).

Nessa direção, o diagnóstico médico contempla o órgão ou a região anatômica que estiver comprometida ou com alterações; e ainda, está atento às probabilidades de uma intensificação da doença a partir de elementos como a faixa etária e o estilo de vida da pessoa. Diante disso, o que a clínica psicanalítica prioriza, para além do diagnóstico, é o reconhecimento de que ali existe alguém que sofre e que pode ser indagado em seu sofrimento para que se alcance a causa do mal estar.

Tendo em vista que o estatuto dado ao corpo é bem representado na expressão da dor, esta questão continuará sendo problematizada ao longo deste trabalho, dados os

encontros e as colisões apresentadas por esse fenômeno. Enquanto isso, para que haja uma articulação possível entre os dois importantes campos de conhecimento e prática em questão, é imprescindível compreender que esta articulação se funda em um “mal-entendido primordial” (ANSERMET, 2014, p. 4). O autor destaca que:

Doravante, trabalhar como psicanalista no campo da medicina implica admitir passar pelo mal-entendido, evitar contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, cumulá-lo com um saber a mais: resta calcular o paradoxo que consiste em ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido que a funda (p. 4).

Conforme vimos, Lacan (1966), em sua conferência sobre o lugar da psicanálise na medicina, reconhece a psicanálise como tendo um lugar marginal na medicina, pois a admite como uma “ajuda exterior”, mas defende que essa extraterritorialidade pode ser mais bem debatida. Ansermet (2014), propondo que uma interlocução entre os campos é possível e fundamental, defende que é necessário “levar o real do inconsciente aos limites do real da ciência, esta é a aposta que permite abrir as fronteiras da medicina ao que está em jogo na clínica analítica” (p. 5).

Nesse sentido, faz-se necessário abordar as questões que se apresentam a partir do registro real do inconsciente e situá-las em uma clínica do sujeito, compreendendo seu caráter que remete ao particular de cada caso. Desse modo, é importante que o psicanalista compreenda que sua atuação no campo médico estará sempre no campo do imprevisível.

Fazendo um breve retorno a Freud, em seus estudos sobre a histeria, o autor faz uma sugestão para os médicos da época a respeito de como eles poderiam lidar com a histeria. A afirmação de Freud dá sinais do quanto a percepção médica em relação aos fenômenos corporais apresentados ainda poderia ser ampliada.

Considero que a histeria é um quadro clínico empiricamente descoberto e baseado na observação, da mesma maneira que a tuberculose pulmonar. Esses quadros clínicos empiricamente obtidos ganham mais precisão, profundidade e clareza com o progresso de nossos conhecimentos, mas não devem nem podem ser desmontados por eles. A pesquisa etiológica revela que os vários processos constitutivos da tísica pulmonar têm diversas causas: o tubérculo é devido ao *bacillus Kochii*, enquanto a degeneração do tecido, a formação de cavernas e a febre séptica se devem a outros micróbios. Apesar disso, a tuberculose permanece como uma unidade clínica e seria um erro desintegrá-la, atribuindo-lhe apenas as modificações “especificamente tuberculosas” do tecido, provocadas pelo bacilo de Koch, e desvinculando dela as outras modificações. Da mesma forma, a histeria deve continuar a ser uma unidade clínica, mesmo se ficar demonstrado que suas manifestações são determinadas por várias causas e que algumas delas são acarretadas por um mecanismo psíquico e outras, não (FREUD, 1896/1996, p. 136).

Em sua fala, Freud (1896/1996) chama atenção de pontos cruciais para o tratamento das enfermidades do corpo pela medicina. A primeira delas é a legitimação do discurso do paciente, levando em conta que aquilo que ele sente deve ser algo explorado, bem como as outras enfermidades, mas não questionado. Em seguida, Freud reforça também a necessidade de atender à particularidade do caso, compreendendo que as causas podem ser múltiplas e, além disso, podem ser manifestação de diferentes ordens, seja psíquica, seja orgânica.

Diante do que aqui discutimos, é possível pontuar que o trabalho de interlocução entre o campo médico e a clínica psicanalítica é de extrema relevância para o tratamento das doenças que se apresentam no corpo, sobretudo com a compreensão de que a psicanálise opera onde a medicina não consegue mais avançar para além das evidências.

Conforme vimos, cada saber propõe recursos imprescindíveis para a compreensão dos fenômenos humanos e os modos de vivenciar o sofrimento. Enquanto o diagnóstico médico se baseia e privilegia os sintomas e sinais psicopatológicos, a psicanálise considera o funcionamento particular do inconsciente que não se rende a generalizações. Esta tensão entre esses saberes reitera a necessidade de um reconhecimento deste “mal-entendido primordial”, como destacado por Ansermet (2014).

Também é importante ressaltar que ambos os saberes são convidados a não se limitarem às suas próprias doutrinas e práticas, mas a ampliarem suas perspectivas para tornar a contribuição mútua possível, como convoca a problemática da dor crônica no caso da fibromialgia. Creder (2002) afirma que:

Tanto a medicina quanto a psicanálise têm suas especificidades, ambiguidades e interseções, e para elaborar uma proposta *psicopatológica*, verossímil, tendo uma perspectiva de sujeito em sua totalidade, esse encontro, ou colisão, certamente, estará bem representado na expressão real e metafórica da dor (p. 22).

Não se passa indiferente pela dor. Ao contrário, se a experiência pode ser denominada como *dor*, certamente já está referindo algo significativo para alcançar esse estatuto que ocupa um lugar na vida do sujeito. Além de bem representar o encontro entre os dois saberes aqui discutidos, conforme vimos, a dor é o principal sintoma da fibromialgia, enfermidade que serve como pano de fundo da investigação deste trabalho.

Para avançar sobre a investigação em relação ao apelo ao diagnóstico dos sujeitos com dor crônica, levando em conta a demanda de reconhecimento subjacente a

esse apelo, faz-se necessário discutir também a concepção de dor apresentada pelos saberes em questão. Para isso, propomos uma discussão sobre a noção de corpo que irá se ancorar na teoria das pulsões de Freud, a qual, conforme veremos, pode apresentar possíveis saídas e possibilidades de invenção para as questões trazidas pelos impasses da dor crônica.

CAPÍTULO II

O fenômeno da dor no corpo pulsional

“Há mágoas íntimas que não sabemos distinguir, por o que contém de subtil e de infiltrado, se são da alma ou do corpo, se são o mal-estar de se estar sentindo a futilidade da vida, se são a má disposição que vem de qualquer abismo orgânico – estômago, fígado ou cérebro. Quantas vezes se me tolda a consciência vulgar de mim mesmo, um sedimento torvo de estagnação inquieta! Quantas vezes me dói existir numa náusea a tal ponto incerta que não sei distinguir se é um tédio, se um prenuncio de vômito! Quantas vezes...

Minha alma está hoje triste até ao corpo. Todo eu me dou, memória, olhos e braços. A como que um reumatismo em tudo o quanto sou. Não me influi no ser a clareza límpida do dia, céu de grande azul puro, maré alta parada de luz difusa. Não me abranda nada o leve sopro fresco, outonal como se o estio não esquecesse com que o ar te personalidade. Não me é nada. Estou triste, mas não com uma tristeza definida, nem sequer com uma tristeza indefinida. Estou triste ali fora, na rua juncada de caixotes”.

(Fernando Pessoa, O Livro do Desassossego)

Para avançar na investigação a respeito dos diversos aspectos que estão relacionados com o diagnóstico da fibromialgia, consideramos necessário aprofundar na discussão do seu principal sintoma: a dor. Para isso, percorreremos diferentes perspectivas sobre este fenômeno, entendendo que o seu caráter multifacetado e multifatorial (PORTNOI, 2017) levanta importantes impasses sobre sua função e suas manifestações.

Apesar de Freud não ter realizado um estudo sistemático sobre a experiência da dor, este fenômeno foi objeto de muitas de suas reflexões durante a construção da teoria

psicanalítica. Segundo Rocha (2011), “Desde o Projeto para uma Psicologia Científica de 1895 até ao Anexo C do livro Inibição, Sintoma e Angústia de 1926, o enigma da dor [...] ocupou um lugar de destaque nas preocupações teóricas e clínicas” (p. 594).

Desde então, são inúmeros os autores (CREDER, 2002; ROCHA, 2011; CASTELLANOS, 2009; BESSET, 2012; ZANOTTI *et al.*, 2013, QUEIROZ, 2012; PORTNOI, 2017; NASIO, 1996) que têm se dedicado a investigá-la e são inegáveis as contribuições desses estudos para a teoria psicanalítica e outros saberes. A dor participa da experiência humana e é necessário deixar de lado a pretensão de explicá-la em sua totalidade, mantendo apenas a intenção de questioná-la.

Além disso, a clínica da dor contribui para a discussão iniciada no capítulo I a respeito da interlocução entre a clínica psicanalítica e o campo médico. Desse modo, propusemo-nos a problematizar a singularidade da dor em detrimento da caracterização universal das ciências naturais em relação a esse fenômeno, bem como discutir as possibilidades de interpretação sobre o corpo apresentadas pela teoria psicanalítica. Propusemo-nos também, a partir deste referencial, a interpretar a dor não apenas como algo a ser combatido, mas como uma manifestação a ser investigada no que se refere à sua função psíquica, a seu lugar e a quem ela responde para o sujeito.

2.1 Uma reflexão psicanalítica sobre a dor

A dor tem um caráter multifacetado, plural e não há cultura que passe indiferente a esse fenômeno. Suas crenças e leis certamente irão interferir no modo de interpretá-la e de responder a ela, bem como na compreensão de *normal* ou *patológico*, visto que, segundo Freud (1930/2007), a própria noção de patologia não é uma condição natural humana, mas uma questão cultural. Para Portnoi (2017), a interpretação da dor dependerá também da imagem corporal que o sujeito tem e das fantasias sobre seu funcionamento e estrutura.

Um fator importante a ser considerado é se a dor é ou não aceita pelo sujeito, o que repercute diretamente na forma de reagir a ela. Em algumas culturas, por exemplo, as dores relacionadas às cólicas menstruais são consideradas normais. Na Polônia, a dor que a mulher sente no parto é esperada e aceita como uma parte importante da identidade feminina, o que faz da anestesia nesse momento um vilão que roubaria da recém-mãe a oportunidade de se fazer parte do universo das mulheres do seu meio,

diferentemente das mulheres americanas que, segundo Hellman (*apud* PORTNOI, 2017), demandam anestesia em geral antecipadamente. O autor traz outros exemplos de variações de interpretação da dor:

O estoicismo diante da dor nos homens é um componente cultural associado a valores como coragem e virilidade, enquanto que a expressão de dor nas mulheres é mais tolerada por representar fragilidade e vulnerabilidade. De acordo com cada sociedade, os valores relacionados à dor podem mudar: a antiga cerimônia japonesa do haquiri possuía o papel de preservar a honra; há culturas onde a dor auto-infligida tem a função de purificar a alma; nos rituais indígenas de iniciação, a presença da dor marca a passagem para a maturidade; em muitos eventos militares, a tolerância à dor simboliza coragem e disciplina; e, mesmo nos dias de hoje, nas academias de ginástica, as faces contraídas pelo esforço revelam que sem dor não haverá ganho para a boa forma (*no pain, no gain*) (PORTNOI, 2017, p. 68).

Naquilo que se refere aos estudos sobre a dor, Freud traz algumas noções essenciais para os avanços que podem ser feitos no tratamento e investigação do fenômeno doloroso. Em *O Projeto para uma psicologia Científica*, Freud (1950 [1895]) se dedica a estudar o sistema nervoso primário e defende a existência de um princípio fundamental e original na atividade nervosa: o princípio da inércia; ou seja, a tendência que o aparelho neuronal tem de libertar-se de toda a excitação que lhe chega. Para o autor, “Um sistema nervoso primário se vale dessa quantidade, assim adquirida, para descarregá-la nos mecanismos musculares através das vias correspondentes, e desse modo se mantém livre do estímulo” (p. 224).

Desse modo, Freud elabora que a estrutura do sistema neuronal teria a finalidade de manter afastada a quantidade, sendo sua principal função descarregá-la quando a constância da energia do aparato fosse alterada, tendo sempre como objetivo a volta ao ponto de equilíbrio. Nesse sentido, o autor afirma que a falha desse sistema teria como consequência a dor.

Todos os dispositivos de natureza biológica têm limite de eficiência e falham quando um limite é ultrapassado. Essa falha se manifesta em fenômenos quase patológicos – que poderiam ser descritos como protótipos normais do patológico. Já vimos que o sistema nervoso está constituído de tal maneira que as grandes quantidades externas ficam afastadas de e mais ainda de: [pelas] telas de terminação nervosa, [e pela] conexão meramente indireta entre o Ψ e o mundo externo. Existe algum fenômeno que possa ser interpretado como o equivalente da falha desses dispositivos? A meu ver, existe: a *dor* (FREUD, 1950[1895], p.232).

Para Freud, seguindo os estudos da época, o sistema nervoso teria uma grande propensão a fugir da dor. Tanto o aumento como a diminuição de quantidade poderiam gerar a dor, o que o fez concluir que é a irrupção de quantidade que estaria relacionada com a precipitação da dor.

As causas precipitadoras da dor são, por um lado, o aumento de quantidade: toda excitação sensorial, mesmo a dos órgãos superiores dos sentidos, tende a se transformar em dor à medida que o estímulo aumenta. Isso deve ser interpretado, sem hesitação, como uma falha [do dispositivo]. Por outro lado, a dor se manifesta quando a quantidade externa é pequena, e, nesses casos, aparece sempre vinculada a uma interrupção da continuidade: isto é, uma Q⁵ externa que atua diretamente sobre as terminações dos neurônios, e não através dos aparelhos de terminações nervosas, produz a dor. A *dor* fica assim caracterizada como uma irrupção de Qs excessivamente [de magnitude] ainda maior que a dos estímulos (FREUD, 1950[1895], p.233).

A clínica de Freud pôde, ao longo dos anos, desenvolver com ainda mais solidez as suas teorias, sendo possível encontrar em sua obra algumas considerações importantes que contribuem para a compreensão do fenômeno da dor. A noção de que “O Eu é sobretudo corporal” (FREUD, 1923/2011, p. 32), trazida por Freud em seus escritos sobre *O Ego e o Id*, nos sugerem que a dor corporal pode ocupar para o sujeito um importante papel na compreensão e reconhecimento do próprio Eu.

Além disso, ao falar sobre a dor, Freud adverte que as doenças dolorosas têm toda uma relação com a percepção daquilo que entendemos como “nosso corpo” (p. 32). O autor retoma ainda a ideia de “Eu inconsciente” e defende que ele é, sobretudo, um “Eu do corpo” (p. 34).

Freud (1923/2011) pontua que o corpo, sobretudo sua superfície, é um lugar de onde podem partir percepções externas e internas; nesse sentido, é visto como um objeto outro, mas, ao ser tocado, pode produzir diferentes sensações. Para ele, “também a dor parece ter nisso um papel, e o modo como adquirimos um novo conhecimento de nossos órgãos, nas doenças dolorosas, é talvez um modelo para a forma como chegamos à ideia de corpo” (p. 32). Tais afirmações de Freud são de importante contribuição para este trabalho e, nesse sentido, retomaremos esse ponto mais à frente.

Em seus estudos sobre o Narcisismo, Freud (1914/2011) disserta de modo claro sobre a relação entre a dor orgânica, o corpo e o que ocorre com a distribuição da libido. Segundo o autor, é evidente que alguém que sofre de alguma enfermidade que provoque dor ou más sensações, “abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento” (Freud, 1914/2011, p. 25-26). Dessa forma, o autor defende que enquanto o sujeito padece de sofrimentos dolorosos, facilmente retira seu interesse libidinal de seus objetos de amor e cessa de amá-los enquanto sofre. Assim, o sujeito retira seus investimentos desses objetos voltando sua libido para a parte do corpo que dói, tornando-o seu objeto de investimento libidinal –

⁵ Abreviatura utilizada por Freud no Projeto. Significa Quantidade (em geral ou da ordem de magnitude no mundo externo). Atividade do repouso, sujeita às leis gerais do movimento.

aquilo que Freud chama de “libido do Eu”. Nesse sentido, é possível afirmar que a experiência dolorosa se torna uma verdadeira vivência narcísica.

Para Freud (1926/2014), “Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de catexia narcísica do ponto doloroso. Essa catexia continua a aumentar e tende, por assim dizer, a esvaziar o ego” (p. 196). Além disso, quando há um desvio psíquico para uma fonte de dor, mesmo outras fontes de dor podem ser negligenciadas. Rocha (2011) assinala que o caráter narcísico da dor é confirmado pela clínica inclusive em casos em que atividades delirantes podem apresentar melhora quando, a partir de uma lesão corporal simultânea ao distúrbio psíquico, o sujeito concentra sua libido no sofrimento da parte dolorida do corpo.

Freud (1926/2014) destaca que a dor também é um fenômeno que está relacionado aos traços mnêmicos. O autor pontua que a dor produz um grande acúmulo de tensão e que tal excitação é vivenciada como uma experiência de desprazer, e ainda, liga-se a uma imagem mnêmica do objeto que provocou a dor. Ou seja, quando uma imagem, ou experiência, remete a um objeto que já provocou dor, faz-se a experiência de algo semelhante à dor vivida anteriormente.

É pertinente afirmar que a dor está associada às imagens mnêmicas registradas e às dores vivenciadas previamente por cada sujeito, o que sugere seu caráter singular, único e irrepetível, visto que está de modo definitivo ligado às experiências vividas por cada sujeito. Nessa direção, Rocha (2011) propõe que:

Por mais que a experiência da dor seja de natureza universal, pois não existe entre os seres humanos (se prescindirmos das exceções), quem dela não tenha feito a experiência, a dor é nossa companheira inseparável e, no que tem de mais significativo, é uma experiência única, vale dizer, a minha dor é uma dor só minha (p. 595).

Nasio (1996) reforça essa ideia ao afirmar que “o vivido de uma dor é sempre o vivido da minha dor. Cada um sofre à sua maneira, qualquer que seja o motivo de seu sofrimento” (p. 83). Segundo o autor, todas as dores vividas pelo sujeito, sejam elas corporais ou psíquicas (se é que se pode fazer essa separação, aprofundaremos essa questão em breve), se misturam às primeiras dores experienciadas. Também por isso, é possível concluir que a dor que cada sujeito sente lhe é própria, porque, dentre outros aspectos, carrega consigo algo da história particular daquele que sofre.

De modo geral, a dor tem uma natureza aversiva, sendo um recurso de proteção importante, com o objetivo de promover adaptação e sobrevivência. Além disso, “induz a limitação de atividades promovendo o repouso necessário para a recuperação natural e

para prevenir o agravamento do mal” (MELZACK; WALL *apud* PORTNOI, 2017). Desse modo, a compreensão da dor é a de que sua presença é um sinal de que o corpo está ameaçado e de que o perigo pode ser vital. Nesse sentido, o corpo reage de modo reflexo à ameaça, indicando que o organismo precisa se defender das eminentes ameaças e conservar seu estado de homeostase.

Ao mesmo tempo, faz-se necessário retomar a noção de que a dor tem um caráter multifatorial, pois sua percepção irá variar de acordo com cada indivíduo, visto que é influenciada por fatores como o psicológico, o social e o biológico.

Para seguir com as reflexões a respeito da dor, faz-se necessária uma breve diferenciação. A natureza aversiva e alarmante da dor apresentada até este momento parece não se aplicar àquilo que tem sido compreendido como “dor crônica”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta como dor crônica uma experiência dolorosa que dura mais do que três meses, conforme vimos no capítulo anterior. Em contrapartida, aquilo que se entende como dor pelas ciências naturais, como uma experiência limitada à reação orgânica e proporcional à lesão ou disfunção que o corpo passa ou ameaça passar, se aproxima da noção daquilo que podemos chamar de dor “aguda”.

Alguns autores (BESSET; BRANDÃO, 2012; FARIAS; SILVA, 2017, PORTNOI, 2017) consideram que as diferenças entre a dor crônica e a dor aguda vão além do seu tempo de duração. Enquanto a dor aguda pode ser um importante indicador para a compreensão de doenças e o estabelecimento de um diagnóstico, a dor crônica perde o sinal de alarme e remete a um emaranhado de enigmas a serem desvendados e tratados.

Farias e Silva (2017) pontuam que as diferenças entre a dor aguda e a dor crônica aparecem também em seu tratamento quando afirmam que: “Via de regra, para o tratamento da dor aguda são suficientes a resolução das suas causas, o uso de analgésicos com base na intensidade da dor, e tempo suficiente de ação. No caso da dor crônica o caminho é mais difícil” (FARIAS; SILVA, 2017, p. 49). Portnoi (2017) sintetiza que:

As funções adaptativas e as reações fisiológicas desencadeadas pela dor são adequadas quando ela tem função de sintoma ou sinal, isto é, na dor aguda. Porém quando a dor permanece por um longo período de tempo ou continua mesmo quando não há sinais perceptíveis de processos patológicos, estas funções adaptativas parecem não ter sentido. Na sua forma crônica, a dor deixa de ter a função biológica de alerta e, frequentemente, dá origem a alterações fisiológicas (distúrbios do sono, apetite etc.); emocionais (depressão, ansiedade etc); comportamentais (incapacitação física,

dependência de terceiros etc.) e sociais (conflitos familiares, problemas ocupacionais, econômicos e legais) (p. 60).

Devido às suas frequentes comorbidades (distúrbios de sono, questões emocionais e comportamentais), a dor crônica abre espaço para diferentes discussões a respeito de suas causas e manifestações. Para Formiga (2010), alguns elementos psíquicos estão estreitamente ligados à etiologia e manutenção da dor. Segundo a autora, a dor crônica pode ser um mecanismo de conversão, apresentando um caráter simbólico; uma experiência narcísica, consequência de negações de sentimentos ao longo do tempo; e, ainda, pode ser um mecanismo de defesa frente a uma dor que pode ser considerada da ordem do insuportável para o paciente.

Desse modo, ainda que a dor, crônica ou aguda, já seja suficientemente significativa para gerar investigações a seu respeito, sua modalidade crônica parece colocar mais em relevo a problemática da experiência dolorosa, visto que não se trata mais de algo pontual, mas sim de um fenômeno com o qual o sujeito passa a conviver.

Ao longo do tempo, os estudos sobre a dor têm convocado, com frequência, questões a respeito de sua função, etiologia e natureza. Até sua definição, conforme vimos, indica um caráter subjetivo. Desse modo, algumas das principais perguntas levantadas ao seu respeito são sobre sua natureza psíquica e/ou física, mas seria possível haver uma delimitação de sua etiologia e manifestação?

2.2 A dor como fenômeno de fronteira

Entendemos que a dor não apresenta uma natureza que permita que este fenômeno seja objeto de estudo de apenas um campo de conhecimento. Assim, é possível afirmar também que, sendo um fenômeno de limite entre o orgânico e o psíquico, seria reducionista categorizá-la a partir exclusivamente de critérios de um só saber. A dor é psíquica e tem origem no organismo? A dor nasce no organismo e, por afetar o corpo, tem efeitos no psiquismo? Não propomos valorizar neste trabalho uma cisão, por compreender que a dor tem um caráter múltiplo e é mais complexa do que uma redução a um dualismo entre o psíquico e o orgânico.

Assim como Creder (2002), partimos da compreensão de que a dor multiplica-se em várias experiências, representações diversas e escapam a qualquer avaliação objetiva. Ao mesmo tempo, podemos valorizar que o sofrimento psíquico, sendo objeto importante da psicanálise, “tende a pôr uma metaforização da dor, como se ela,

originalmente partindo de uma ideia corporal, revivificasse no psiquismo uma concepção simbólica que se utiliza do corpo, eventualmente, como simulacro de representações anímicas” (CREDER, 2002, p. 21).

Conforme vimos, a dor é descrita como uma experiência desagradável e que pode ou não estar relacionada a uma lesão. Tal descrição, aberta às manifestações subjetivas e que não condiciona a dor a uma lesão, deixa espaço para uma ampliação das possibilidades de investigação; torna possível também considerar que o fator psíquico tem um papel importante na emoção dolorosa, muitas vezes determinando-a. Ou seja, apesar de existir no corpo, ela não deve ter necessariamente uma origem orgânica que se possa mapear através de uma leitura estritamente fisiológica.

São de conhecimento comum diversos casos em que pessoas, sob efeito de grande estresse, foram feridas e não sentiram dor alguma durante o evento. Em casos de soldados durante o combate em guerras civis, por exemplo, há diversos relatos em que pessoas foram gravemente feridas e que durante o combate não chegaram a sentir a experiência dolorosa. A dor parece ser “apagada” em função de uma circunstância que a supera, ou seja, a iminente morte parece realocar o investimento da dor, ofuscando sua representação.

Nesse sentido, Queiroz (2012) destaca casos em que sujeitos psicóticos chegaram a decepar membros do próprio corpo sem nenhuma queixa de dor; ou de crianças autistas que tenham se acidentado de alguma forma e isso não tenha se tornado motivo de queixa ou choro. Há uma associação tão forte entre lesão e dor que, diante de casos como esses, um impasse é apresentado: como explicar uma lesão sem dor?

Propomos agora que coloquemos ao avesso o questionamento acima. O caso da fibromialgia põe-nos diante de um caso em que somos apresentados a uma situação inversa: a presença de dores diante de uma ausência de lesões físicas. Ao contrário dos combatentes de guerra, que podem não sentir dor apesar de graves lesões, as pessoas com fibromialgia podem e geralmente sentem graves dores sem que haja uma disfunção ou lesão corporal.

Freud (1926/1969), ao dissertar sobre angústia, dor e luto, já havia destacado que “mesmo as dores físicas mais intensas” (p. 197) podem não ser sentidas quando há um forte investimento em outro objeto. O próprio autor pontua que tal sofrimento favorece o pensamento de que a experiência dolorosa está estreitamente ligada ao psiquismo. Acreditamos, portanto, ser possível afirmar que a dor é um fenômeno que está na fronteira entre o corporal e o psíquico, bem como a pulsão.

A partir de uma visão estritamente biológica do corpo, é possível afirmar que a dor tem em si um caráter instintual. Nesse caso, ela denuncia a ameaça e alerta o sujeito de que ele corre risco de ser exterminado ou de que algo vai mal para sua natureza. Por isso, “O sistema nervoso tem a mais decidida propensão a fugir da dor” (FREUD (1950 [1895], p. 232), o que nos permite dizer que ela não é a pulsão, mas está a favor da pulsão de vida, visando a preservação daquilo que é vital no sujeito. Essa questão é endossada por Queiroz (2012), ao afirmar que “a dor está a serviço da pulsão de vida e se representa psiquicamente como experiência de desprazer” (p. 857).

Sua natureza de “fronteira” faz com que a dor esteja sempre além e aquém daquilo que a medicina e a psicanálise podem avaliar. Para Creder (2002), a dor “inaugurou a questão da singularidade do sintoma — não mais anatômico, não mais fisiológico —, em que a subjetividade se sobrepõe à objetividade substancialista da medicina e, dentro dessa subjetividade, o desvelamento do inconsciente” (p. 47).

Não há, portanto, um limite nítido entre a dor física e a dor psíquica, visto que a experiência da dor é fonte de angústia, mas também desperta sentimentos de estranheza física. Nesse sentido, podemos destacar que essa não separação entre a dor física e a psíquica nos remete à noção de órgão em psicanálise, que é essencialmente atravessado pela linguagem e pela pulsão, que se diferencia fortemente da noção de órgão utilizada pelo método anátomo-clínico do campo médico.

Desse modo, ao contrário de favorecer a cisão entre o psíquico e o orgânico, a dor suscita um importante diálogo entre o campo médico e a necessária contribuição da clínica psicanalítica, visto que ela invoca uma atenção para o corpo, antes de tudo, porque tem uma representação psíquica. Assim, a dor, seja de qualquer ordem, será traduzida em linguagem, sendo dita – e sentida – aos pedaços, apresentando-se em um incômodo de palavras.

2.3 Dor, prazer e desprazer

Segundo Rocha (2011), na primeira abordagem freudiana nos estudos sobre a dor, a oposição que Freud coloca na origem do aparelho neurônico e psíquico não é entre prazer e desprazer, mas entre prazer e dor, considerando que são duas formas diferentes de resolução da tensão que invade o psiquismo. Conforme o autor:

A experiência de satisfação é regida pela experiência do prazer-desprazer, que essencialmente consiste no aumento e na redução e descarga da tensão

gerada pelos estímulos. Na experiência da dor, a resolução da tensão criada pelo excesso dos estímulos não se faz pela descarga que gera o prazer, mas pelo processo de ligação da energia desligada, que enquanto desligada é uma ameaça para a integridade do Corpo e do Ego (ROCHA, 2011, p. 605-606).

Nesse sentido, apesar de a dor ser em geral compreendida como algo que desperta repulsa, ela não é sinônimo de desprazer. Com efeito, a frequente associação entre a experiência dolorosa e o desprazer não ocorre por acaso, visto que as ciências naturais conservam essa relação como algo proporcional, apesar de experiências que demonstram o contrário disso, como no caso do masoquismo.

Segundo a APA (2010), o masoquismo é a “condição na qual o indivíduo obtém prazer da experiência de dor e humilhação infligida por outros ou, em alguns casos, por ele próprio” (p.577). Para Freud (1905/1974) enquanto o sadismo seria visto como uma expressão do caráter ativo da pulsão, o masoquismo seria uma continuidade do sadismo, mas voltado para a própria pessoa.

Conceber a dor como algo que pode ser vivenciado de modo atrativo, contrariando a repulsa, também intrigou Queiroz (2012), que, em suas investigações sobre a dor, conheceu casos de jovens que se submetem à experiência de suspensão corporal e perfurações no próprio corpo para a acoplação de ganchos, possibilitando que essas suspensões aconteçam. Segundo a autora, há relatos de pessoas que, ao assistirem esses episódios de suspensão, testemunham expressões de grande satisfação por parte daqueles que se submeteram a tal prática. Seus semblantes não remetiam em nada ao desprazer.

Lacan 1982[1972-1973] também discute as experiências de autoflagelação dos místicos como algo que era vivido com um prazer intenso. Queiroz (2012) destaca que esses casos demonstram bem uma experiência de satisfação que está para além do prazer e desprazer da dor. Segundo a autora, quando o limiar da dor é ultrapassado, “chega-se ao gozo” (p. 857).

É possível identificar também na experiência do luto a presença de uma dor que não resulta na repulsa do sujeito que sofre. Freud (1917[1915]/2010) assinala o luto como “a reação à perda de alguém que se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo – na medida em que este não evoca esse alguém –, a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor” (p. 143). Ainda sobre o luto, o autor pontua:

Em que consiste, portanto, o trabalho que o luto realiza? Não me parece forçado apresentá-lo da forma que se segue. O teste da realidade revelou que

o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível - é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena. [...] São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido (p. 143).

Nesse sentido, a exigência de que seja retirada a libido investida no objeto que se perdeu, bem como um afastamento das atividades e pensamentos relacionados a ele, encontra uma resistência compreensível do sujeito que sofre em fazer esse abandono. Desse modo, apesar de demonstrarem uma grande aflição devido à separação, não é incomum encontrar nessas pessoas o desejo de que a dor da perda não passe.

Pela dor, aquele que sofre pode fazer a experiência de manter “vivo” o objeto perdido, através do sofrimento. Além disso, com a dor é possível homenagear tal objeto, ou o “morto”, fazendo, através disso, “uma prova de amor”, como assinala Nasio (1996, p. 65).

É possível concluir que a dor, em toda sua multiplicidade, pode ter diferentes manifestações e provocar diferentes sensações. Freud (1915/2010) já falava sobre essa ambiguidade da dor, ao afirmar que “temos todas as razões para supor que também as sensações dolorosas, como outras sensações de desprazer, invadem a excitação sexual e produzem um estado prazeroso” (p. 67). Para o autor, é possível compreender a dor como um fenômeno ambivalente, o qual pode transitar entre o prazer e o desprazer.

O fenômeno da dor, como discutíamos no item anterior, tem caráter de limite e está sempre nas fronteiras entre o psíquico e o orgânico. Nasio (1996) a descreve como “um afeto que reflete na consciência as variações extremas da tensão inconsciente, variações que escapam ao princípio do prazer” (p. 21). Tal descrição remete àquilo que é descrito como pulsão por Freud. A teoria freudiana das pulsões (1915) pode, nesse sentido, trazer grandes contribuições para a investigação sobre a dor, suas funções e sua manifestação, a exemplo da fibromialgia, no corpo, concebido pela psicanálise, como corpo pulsional, conforme discutiremos a seguir.

2.4 O Corpo pulsional

Segundo Besset e Brandão (2012), a dor coloca indagações cruciais sobre o corpo e sobre a regulação das pulsões. Para os autores, “as experiências de dor contrariam a suposição do sujeito (neurótico) de possuir um corpo” (p. 437) e, em

relação à psicose, “a clínica demonstra que as dores crônicas podem servir de recurso para constituir um corpo” (p. 437). Além dessas, outras questões em relação ao corpo são colocadas pelo fenômeno da dor.

Conforme vimos, Freud (1923/2011), ao assinalar que o “Eu é antes de tudo corporal” (p. 32), indica que a dor tem um papel essencial na percepção do Eu sobre a noção do próprio corpo. Desde então, alguns autores (EBTINGER, 2007; BESSET e BRANDÃO, 2012; FORTES, 2013) vêm discutindo a dor como sinal da presença do corpo.

Um caso construído por Ebtinger (2007) ilustra bem a função da dor num momento em que ela, de algum modo, faz corpo. O autor apresenta o caso de um de seus pacientes, chamado Patrick, um vendedor e pai de família, com uma vida organizada e comum, até o momento em que vivencia um violento acidente de carro. O acidente não gera graves ferimentos, pelo contrário, mas deixa como consequência dores nas costas que passam a impossibilitá-lo de exercer as atividades antes desempenhadas sem maiores dificuldades.

Patrick é então convidado a fazer relatos sobre o acidente para contribuir na investigação de como suas dores se originaram. Segundo ele, após a primeira batida, ele se voltou para ver o que havia acontecido; e, nesse momento, outro veículo bateu em seu carro, pancada que o deixou inconsciente e que o fez pensar que estava morto, não mais acreditando que aquilo que via era real. Naquele momento, Patrick não sentia nada. No entanto, logo depois, começou a sentir as dores nas partes do corpo que sofreram um choque na batida. Foi nesse momento que o paciente disse ter se dado conta de que estava vivo: porque sentia dor. Freud (1926/2014) faz uma colocação que nos permite reforçar a noção de que a dor faz corpo:

Somente no nível da dor pode-se experimentar toda a dimensão do organismo, toda a dimensão de se ter um corpo e a dimensão trágica da existência. Distinto dos animais, que são só seus corpos, o animal humano se caracteriza por possuir um corpo e também por poder usufruí-lo (p. 197).

Com a apresentação do caso de Patrick, Ebtinger (2007) levanta uma questão importante sobre a relação entre a dor e o corpo no reconhecimento do Eu. Formula, então, que “é a sensação de seu corpo que funda sua realidade, e não a imagem que ele tem dele mesmo” (p. 150). É possível identificar nessa questão um atravessamento importante daquilo que, nesse caso, se entende como psíquico (a percepção que se tem

do próprio corpo) e o orgânico (aquilo que entendemos como sendo o corpo e suas manifestações).

Ao discutir a teoria das pulsões, Freud (1915/2011) chama atenção para a estreita relação entre o psíquico e o orgânico. O autor indica que as pulsões podem ser de grande contribuição para o entendimento dessa estreita relação que, por vezes, gera tantos conflitos. “Voltando-nos agora para a consideração da vida psíquica do ângulo da biologia, a pulsão nos aparece como um conceito limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma” (FREUD, 1915/2011, p. 57).

Ao investigar o fenômeno da dor crônica sem causalidade orgânica, junto de suas manifestações, fica difícil não a relacionar com as características atribuídas por Freud às pulsões. Ambos os fenômenos falam sobre algo que atravessa o orgânico, deixando rastros importantes, mas que não se limitam à pura fisiologia, nem na sua fonte e menos ainda em seu destino. A estreita relação entre o psíquico e o orgânico é uma das principais características atribuídas à dor crônica, principal sintoma da fibromialgia. Rocha (2011), ao discutir sobre a dor psíquica e a dor física, faz uma aproximação entre aquilo que Freud diz a respeito da pulsão e aquilo que em seus estudos o autor identifica como sendo a natureza da dor. Ele pontua que:

Poderíamos dizer ainda que a dor é um conceito fronteiro (*ein Grenzbegriff*) entre o somático e o psíquico, de modo semelhante ao que acontece com o conceito de pulsão (*Trieb*). A experiência da dor é, ela também, um conceito limítrofe, pois une distinguindo e distingue unindo o sujeito e o objeto, o ausente e o presente, o fora e o dentro, a realidade e a fantasia, o passado e o presente (Pontalis, J-B. 1977, p.268) (ROCHA, 2011, p. 612).

Creder (2002) corrobora com a aproximação que Rocha elabora entre o conceito de dor e o de pulsão ao afirmar que ambos ocupam um lugar indeterminado. “Desse modo, estando a fronteira da pulsão entre o anímico e o corpóreo, poder-se-ia concluir que a dor humana, por analogia, necessariamente, estaria nesse mesmo lugar indeterminado” (CREDER, 2002, p. 87). Nesse sentido, a pulsão tem fonte somática e apresenta uma representação psíquica; assim como ocorre com a dor, que para ser reconhecida pelo sujeito precisa de uma representação no aparelho psíquico.

Desse modo, é possível destacar doenças em que o sujeito não apresenta uma representação psíquica da dor, o que pode se apresentar de modo muito nocivo para a pessoa. Nesses casos, pessoas experienciam circunstâncias que oferecem riscos de

preservação ao seu corpo e a sua vida, no entanto, não há uma percepção desse sinal como um alarme ou como uma experiência ao menos desagradável.

Conforme vimos, a fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica (HEYMANN *et al.*, 2010). No entanto, não é passível de escaneamento, pois não há exames laboratoriais ou de imagem que demonstrem a sua localização no corpo. Este impasse apresenta, então, algo que se vivencia no corpo, mas que não se pode identificar nele – o que nos leva a identificar algo de uma ordem estreita entre o psíquico e orgânico, aquilo que Freud disserta sobre a natureza das pulsões e suas vicissitudes. É essa realidade, forjada por limites e impasses, que permite a indagação deste trabalho.

É bastante comum encontrar nas obras de Freud traduzidas para o português, inúmeras variações na tradução de termos importantes de sua teoria e que terminam por gerar certas confusões e por vezes dificultar a apreensão de seus textos. Vale destacar que alguns desses desalinhos não demonstram necessariamente um equívoco, mas certamente podem dificultar a leitura. Foi o que aconteceu com o termo *pulsão*, que no português foi por muito tempo traduzido como *instinto*.

Freud faz uma distinção entre as palavras *Trieb* e *Instinkt*. Enquanto a primeira remete ao conceito que a teoria freudiana assinala como crucial para a clínica psicanalítica, a segunda indica um comportamento biológico com objeto específico. A palavra *instinto* é completamente associada a um estatuto estritamente biológico do corpo – estatuto utilizado pelas ciências naturais e pelo campo médico. A discussão sobre a tradução pulsão-instinto, porém, pode trazer importantes reflexões.

Se, diferentemente da dor aguda, que tem função de alarme, a dor permanece, mas não corresponde ao limite de uma lesão inerente ao corpo biológico, de que dor estamos falando? Como supracitado, a dor crônica é caracterizada como uma experiência dolorosa que dura mais do que três meses. Outros critérios falam de uma dor que dura mais de seis meses. Caracteriza-se também no campo médico como crônica aquela dor que está para além do tempo estimado para a cura da lesão ou disfunção, ou seja, uma dor “desproporcional” e “ilimitada”.

Destacamos aqui que tais descrições sobre a dor do corpo biológico contrastam de forma significativa com aquilo que Freud teoriza a respeito das pulsões. Tais como descritas pelo autor (1915/2010), tudo o que não se pode dizer sobre a pulsão, é que ela

seria “proporcional” e “limitada”. E essa inversa relação permite e ajuda a indicar que a teoria das pulsões pode ser de grande contribuição para os estudos sobre a dor.

Em relação à escassez de proporcionalidade da dor crônica, Creder (2002) destaca ser bastante comum deparar-se com pessoas que sofrem de uma forma desproporcional sua experiência dolorosa. Segundo o autor:

Não é incomum, no dia-a-dia de hospitais, nos depararmos com um sofrimento desproporcional, expresso por palavras que descentram a dor do seu suposto lugar anatômico e que quebram a linearidade, muitas vezes necessária, da investigação semiológica médica (CREDER, 2002, p. 21).

As noções trazidas por Freud sobre a teoria das pulsões indicam a necessidade de uma ampliação na compreensão de corpo que ultrapasse o seu entendimento como uma estrutura exclusivamente fisiológica. Os sintomas histéricos investigados por Freud já demonstravam que ele se utilizava de uma noção de corpo que não se limitava a uma perspectiva anátomo-clínico, valorizando apenas sua dimensão orgânica e biológica, ao contrário, a teoria freudiana já valorizava os aspectos simbólicos e imaginários do corpo.

Voltando-nos agora para a consideração da vida psíquica do ângulo da biologia, a ‘pulsão’ nos aparece como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo (FREUD, 1915/2010, p. 57).

Segundo Birman (*apud* WINOGRAD; MENDES, 2009), a noção de corpo apresentada pela teoria freudiana é mais ampla do que a perspectiva de um corpo objeto reduzido a um corpo organismo, pois ele é também um sujeito. Tal formulação, no entanto, não quer dizer que o corpo, em sua dimensão orgânica e biológica, seja excluído como um aspecto determinante para os processos psíquicos.

O entremeado que por diversas vezes demonstra a pluralidade das experiências corporais reforça ainda mais aquilo que Freud teoriza a respeito das pulsões, e, em meio a discussões a respeito do caráter orgânico ou psíquico do corpo, emerge uma noção que parece contemplar a variedade dessas manifestações: a noção de *corpo pulsional*. Acreditamos que essa é uma grande contribuição da clínica psicanalítica para a investigação e tratamento das mais diversas manifestações corporais.

Ao longo de suas reflexões e teorizações a respeito da pulsão, e por que não dizer sobre o *corpo pulsional*, Freud (1915/2010) tece algumas diferenciações em relação àquilo que é da ordem da pulsão e àquilo que é da ordem biológica do corpo. Sobre os estímulos pulsionais, o autor (1915/2010) descreve que:

Agora, adquirimos material para uma distinção entre estímulo pulsional e fisiológico, que age sobre a psique. Primeiro, o estímulo pulsional não provém do mundo exterior, mas do interior do próprio organismo. Por isso atua de modo diferente sobre a psique e requer outras ações para ser eliminado (p. 54)

Outra consideração trazida por Freud contribui na compreensão daquilo que se discute com frequência sobre a realidade da dor crônica: a sua constância. É comum encontrar no discurso de sujeitos diagnosticados com fibromialgia, a impressão de que a dor não passa e permanece, o que é pré-requisito para que aquela dor seja considerada crônica, sendo essa a sua principal diferença em relação à dor aguda, que é caracterizada como pontual e momentânea.

Ainda nesse sentido, a dor crônica também não é apresentada como uma manifestação limitada à uma lesão, mesmo porque, no caso da fibromialgia, ela sequer tem uma etiologia orgânica que a justifique. Também são comuns relatos de pacientes fibromiálgicos que descrevem as sensações dolorosas como uma experiência que em determinados momentos chega a ser impossível de sentir.

Conforme Freud (1915/2010), a pulsão “[...] não atua jamais como uma força momentânea de impacto, mas sempre como uma força constante” (p. 54), o que remete à perseverança da dor nos casos de fibromialgia. A dor crônica, como já citamos, pode sofrer transformações, apresentar diferentes intensidades ao longo do tempo e até deslizar para partes diferentes do corpo, mas não cessam em sua constância.

Segundo Creder (2002), Freud foi desenvolvendo, a partir da clínica, contribuições essenciais para o campo médico, como a noção de corpo pulsional. O autor demarca que a teoria freudiana, a partir da dor, pôde inaugurar a questão da singularidade dando ênfase à subjetividade que permite o desvelamento do inconsciente. Creder (2002) propõe ainda que “Outras dores, no entanto, estariam por vir além da histeria. Sofrimentos que teriam que possibilitar uma necessária relação dialógica entre a medicina e a relevante contribuição da psicanálise” (p. 47).

Creder (2002) comenta também que, apesar de Freud não ter se detido a isso, acreditava que mais cedo ou mais tarde seria valorizada a formação de médicos capazes de trabalhar analiticamente. Nessa direção, Winograd e Mendes (2009) defendem a importância da sustentação entre os saberes médico e psicanalítico, juntamente de suas proposições:

Nesse sentido, pode-se inferir que não há separação ou intervalo inicial entre o pulsional e o biológico: eles se implicam, se sustentam e se garantem mutuamente. Tanto a vida pulsional depende da vida biológica

quanto a vida biológica é assegurada pela vida pulsional: são instâncias contínuas e coextensivas (p. 215)

Identificar um fenômeno que não encontra no organismo sua origem ou explicação, que é constante, sem limites e que não obedece à objetividade e proporcionalidade da concepção médica de dor, nos conduz a concluir que a noção de corpo pulsional é uma grande contribuição da teoria psicanalítica de Freud para os estudos e investigações sobre o corpo, especialmente para a clínica da dor.

Com esta perspectiva, além do processo de cura da dor, está em jogo também o processo de modificação da sua função para o sujeito, o que pode favorecer uma nova modulação de sua posição frente ao que lhe ocorre – e à sua dor.

Desse modo, compreendemos que a clínica médica, quando investiga o paciente e o diagnostica com fibromialgia, certamente não o faz a partir da noção de corpo pulsional, mas de corpo biológico. Dali em diante, operam outras formas de interpretação e tratamento que em geral não incluem a singularidade do sofrimento, apesar de reconhecermos um gradativo avanço na medicina, tendo em vista que, mais e mais, os médicos conseguem encaminhar seus pacientes para uma psicoterapia, por exemplo.

Não propomos com isso que o entendimento de corpo biológico seja desprezado ou abandonado, afinal, o corpo tem sua dimensão orgânica e disso decorrem outras manifestações. Ao mesmo tempo, em se tratando de um corpo pulsional, há algo da dimensão da linguagem que convoca interpretações que ultrapassam este corpo orgânico.

É nessa direção, que psicanalistas que estudam e/ou trabalham com o fenômeno da dor, em especial a dor crônica, propõem uma clínica para o sujeito, que admite as dimensões apresentadas pelo fenômeno da dor como metáfora da unidade entre o psíquico e o orgânico. Desse modo, tem operado naquilo que podemos chamar de “Clínica da dor”, a qual tem se ocupado da noção de corpo pulsional para avançar nas investigações e tratamento da dor.

2.5 A clínica da dor

Conforme vimos, a dor é uma experiência universal e por isso é parte inerente da vida humana. Frequentemente alguém que procura um médico ou vai a um hospital, o faz porque sente dor em alguma parte do corpo. No Brasil, o Ministério da Saúde

chegou a implantar, através do Sistema Único de Saúde (SUS), serviços completamente voltados para a dor, pois como já foi citado anteriormente, se a dor era vista apenas como um sinal de alerta, hoje começa a ser considerada como sendo ela mesma a enfermidade a ser compreendida, tratada ou curada.

Nesse sentido, devido a uma incidência cada vez maior de pessoas que apresentam dores no corpo sem demonstrarem características de sintomas de outras enfermidades, tem se investido cada vez mais em programas voltados para uma clínica específica da dor. Profissionais de diversas áreas têm se voltado para esse fenômeno, especialmente médicos reumatologias, fisioterapeutas e profissionais da área *psi*.

Segundo Queiroz (2012), nos últimos cinquenta anos, os diversos casos de pessoas com dores crônicas têm forçado os pesquisadores e profissionais de saúde a voltarem-se para os estudos da dor, pois é notável a necessidade de uma ampliação de conhecimento a seu respeito. Tal fenômeno deve ser investigado para além de suas características sensoriais, sendo necessário considerar uma série de outros fatores, como a dimensão sociocultural, psíquica e a produção de sentidos, aos quais a dor está estreitamente relacionada.

A clínica da dor, então, invoca um trabalho interdisciplinar que deve considerar o ser humano sob um viés de integralidade, não privilegiando apenas e unicamente o viés biológico. Ao contrário, deve se abrir a todo o conhecimento que os demais saberes podem oferecer para a busca do tratamento e investigação desses casos.

Ao discutir sobre a dor física, Queiroz (2012) assinala a cultura somática dos tempos atuais onde impera a sensorialidade, o que pode favorecer uma maior quantidade de manifestações que incluem as sensações corporais, como é o caso da dor crônica. A autora chama ainda atenção para as características dos tempos atuais. Em um momento onde esta cultura tem tido uma grande força, é possível presumir que isso tenha grande influência também nas manifestações corporais como a dor crônica. Para Espinoza e Zanotti (2017):

A psicanálise contribui ao destacar as especificidades do tempo em que vivemos e de como essas características interferem na formação dos sintomas, na apresentação do mal-estar e na prática clínica. Destacamos as mudanças na atualidade que levaram à formalização de uma ‘nova ordem simbólica’ (Miller, 2012) (MILLER, 2001) (p. 92).

Podem ser inúmeras as causas da dor, e seu caráter multifatorial indica que também são diversas as suas possibilidades de origem. No caso da dor crônica sem lesão ou disfunção identificável, a clínica médica se vê limitada em suas técnicas,

enquanto a psicanálise compreende que o surgimento da dor pode estar relacionado com “a escassez de recursos simbólicos frente às perdas” (ZANOTTI *et al.*, 2017, p. 136). Nesse sentido, os autores identificam a dor como indicadora da relação do sujeito com o seu próprio corpo, podendo ser inclusive um desdobramento de um trauma que se instala para além do psiquismo – no corpo.

Essa caracterização, no entanto, dependerá daquilo que mencionamos anteriormente sobre o *diagnóstico diferencial*, pois a dor pode ter funções distintas para sujeitos com estruturas clínicas diferentes, o que ainda se soma às particularidades do paciente. Essa identificação diagnóstica repercutirá em exigências terapêuticas particulares. Zanotti *et al.* (2017) trazem, em seu texto sobre a psicanálise em centros de tratamento de dor, relatos de profissionais que trabalham com o diagnóstico diferencial durante a condução do tratamento.

Nessa direção, assinalam que o diagnóstico diferencial irá orientar o psicólogo em sua posição, que será adequada a cada estrutura, indicando a função que a dor terá para o sujeito neurótico ou psicótico. Os autores citam o relato de um psicólogo que enfatiza as diferenças entre os pacientes de diferentes estruturas; enquanto o psicótico apresenta dificuldade em apreender o próprio corpo por uma falta de esquema corporal, manifestando alucinações, o neurótico apresenta questões relacionadas sobretudo ao sentimento de culpa e às relações intrafamiliares.

Diversos autores têm discutido a relevância do diagnóstico diferencial para o tratamento da dor crônica, e, ao longo do tempo, têm sido identificadas diferentes funções da dor. Enquanto alguns autores já propuseram que a dor crônica seria uma forma de manifestação histérica, segundo Zanotti *et al.* (2017), em alguns casos a dor é simplesmente um sinal de sofrimento que não pôde ser bem elaborado pelo sujeito. Além disso, conforme trazido por Barreto e Besset (2012), a dor pode ser um meio de apropriação pelo sujeito de um diagnóstico, o que pode proporcionar uma estabilização de sua psicose.

Tais diferenciações reforçam o caráter singular do *modus operandi* da clínica psicanalítica, corroborando com a importância da preservação do enigma trazido pelo sujeito e do reconhecimento de um “não-saber” sobre o seu sofrimento. Não operando dessa forma, o médico ou o psicanalista dificilmente escutará a demanda trazida pelo paciente em sua queixa porque estará engajado em generalizações ou, ainda, naquilo que no corpo, constituiria apenas um fenômeno físico da dor.

Desse modo, a clínica da dor requer que haja uma valorização da escuta e da compreensão como recursos essenciais à prática do tratamento da dor, exigindo com frequência um atendimento muito específico. Ao campo médico cabe o tratamento do corpo que dói, ao mesmo tempo, um grande diferencial será a sensibilidade de consentir que, para além de seu próprio saber, há algo da ordem de uma demanda, a qual ele não será capaz de apreender enquanto permanecer procurando sustentar a detenção do saber sobre a doença.

A dor é sem dúvida um fenômeno extremamente presente na prática médica; no entanto, segundo Lima e Trad (2007), o curso médico não a tem como um objeto de estudo valorizado. Para os autores, o forte apego do campo médico a associá-la sempre a uma lesão ou disfunção constitui resistências em admiti-la como uma dor que não se apresente apenas como um sintoma. Por isso, a dor crônica é usada como uma categoria que ainda não é oficial, mas “parcialmente legitimada como doença” (p. 2674).

Apesar da resistência em apoiar-se em uma imagem subjetiva e de compreender que a dor, além de invisível, é imensurável, o campo médico tem começado a ceder à ideia de que a dor pode ser considerada doença. Para Lima e Trad (2007), “a ideia de doença passa por admitir implicitamente mudanças no corpo e na mente, na bioquímica, na genética, na psique, no comportamento” (p. 2674). Alguns relatos de médicos presentes no texto dos autores a respeito da dor explanam bem a perspectiva deste campo sobre a dor:

“é um agente transformador, você passa a ser um novo indivíduo depois da dor” (Aline, anestesista, Clínica H); *“altera a carga genética, então lhe dá uma expressão fenotípica que é diferente da anterior”* (Arthur, anestesista, Clínica H); *“dor crônica é uma outra entidade totalmente diferente”* (Mário, anestesista, Clínica H); *“é excesso de uma tentativa inicial de proteção, excesso de resposta”* (Arthur, anestesista, Clínica H). (p. 2674)

Como descrito acima, a dor tem assumido um estatuto de doença devido a suas manifestações e a seu efeito na vida das pessoas, transformando a realidade daqueles que padecem desse fenômeno. É prioritariamente do campo médico a diferenciação entre aquilo que é normal e aquilo que é patológico, noção dualista que a teoria freudiana põe em questão, tendo em vista que o desequilíbrio é inerente ao sujeito. Nesse sentido, Creder (2002) assinala que:

A fisiologia médica tradicional propõe uma concepção de corpo anatomo-funcional dentro do referencial da *homeostase*. A dor, uma anomalia, um artefato, cria, dentro dessa premissa, um escoamento assimétrico para a desmedida ou para o desequilíbrio. Com exceção da dor como defesa animal para situações de real ameaça à integridade do ser vivente, essa sensação está sempre associada ao patológico (p. 32).

Partindo da noção de que a dor está no campo do excesso e de que ela invade o psiquismo, “pois, sem ele, não se nomearia a palavra, o seu signo - dor” (CREDER, 2002, p. 15), o saber médico parece propor ser possível pensar a dor como um fenômeno que, para além de estar a serviço da pulsão de vida, pode assumir um excesso da ordem do patológico.

Nesse contexto, diante de resistências e ainda com um caminho longo pela frente de aperfeiçoamento e reflexão de práticas, a fibromialgia, conforme vimos, surge como um diagnóstico reconhecido pelo campo médico, apesar de a medicina não tomar para si o seu tratamento, visto que se vê diante do impasse colocado pela doença à qual seus pressupostos não dão conta de responder.

Admite-se, portanto, a possibilidade de, em alguns casos, a dor não se apresentar como um desprazer – sintoma de alguma enfermidade –, ou como um preditor⁶, mas como sendo ela mesma a própria doença. Além disso, o avanço teórico e prático da clínica da dor nos leva à noção de que ampliar o entendimento que a ciência tem em relação ao seu estatuto, identificando outras funções e formas de manifestação, é essencial e poderá contribuir de maneira significativa nos modos de interpretá-la e, portanto, de tratá-la.

⁶ Termo muito utilizado pelo campo médico que significa prognosticar, anunciar com antecedência o que vai acontecer.

CAPÍTULO III

A problemática do reconhecimento como porta de entrada para a demanda

“Helena sonhou que estava na infância, e não via nada. Apalpando na escuridão, ela pedia ajuda. Pedia luz aos gritos, mas ninguém acendia as luzes. Naquele negror, não podia encontrar as suas coisas, que estavam esparramadas pela casa inteira e por toda a cidade, ela buscava o que era dela às cegas, na cerração, e também buscava algodão ou trapos ou qualquer coisa, porque estava perdendo sangue, rios de sangue, entre as pernas, muito sangue, cada vez mais sangue, e embora não visse nada, sentia aquele rio vermelho e espesso que se soltava de seu corpo e se perdia nas trevas”.

(Eduardo Galeano, O Livro dos Abraços)

Discutimos, no capítulo anterior, que a clínica da dor crônica sem etiologia orgânica tem, com frequência, que lidar com a dificuldade médica em reconhecer sua enfermidade. A resistência médica em legitimar a doença é mais uma semelhança entre a realidade da fibromialgia e aquilo que foi vivenciado pelas pacientes históricas de Freud. Winograd e Mendes (2009) sintetizam a realidade da histeria frente ao saber científico do seguinte modo:

No final do século XIX, particularmente por causa dos trabalhos de Charcot, a problemática apresentada pela histeria à medicina, com seu método anatomoclínico, estava na pauta do dia. A histeria caracterizava-se por sintomas de ordem somática, como nevralgias, anestésias e paralisias, convulsões, vômitos, anorexia etc., cujo ponto comum era a impossibilidade de encontrar uma etiologia orgânica — por isso, alguns consideravam tratar-se de simulação (p. 219).

O modelo médico de tratamento e observação das enfermidades obedece à lógica do discurso científico tradicional e tem suas próprias leis dentro de um esquema positivista. Desse modo, opera sob a lógica da busca pela objetividade e da generalização, ou seja, procura pontos em comum entre os sinais e sintomas e a partir disso vai construindo possíveis diagnósticos que enquadrem tais semelhanças.

Para a medicina, importa aquilo que é passível de mensuração, observação e registro. Tal modelo carrega consigo, como uma grande aliada, todo o avanço da indústria farmacêutica que se propõe a dar conta dos diversos impasses e enfermidades humanas, sejam físicas ou psíquicas. Em casos de doenças com sinais orgânicos, identificadas após exames laboratoriais ou de imagem, os protocolos médicos convencionais parecem, com maior facilidade, abarcar as necessidades do doente.

No entanto, se no caso da fibromialgia os sintomas forem investigados exclusivamente a partir dos recursos médicos tradicionais, chegaremos a conclusões semelhantes às dos médicos que, frente à histeria, consideravam a possibilidade de estarem frente a uma simulação. Assim como diante das mulheres histéricas os médicos não sabiam o que fazer, casos como o de pessoas com fibromialgia podem ser negligenciados em suas possibilidades de tratamento.

Freud (1910/1996) fez sérias críticas ao modo com que o campo médico se relacionava com a histeria, visto que seus sintomas fugiam às suas leis e entendimento sobre fenômenos corporais. Suas críticas em relação à figura do médico ainda soam bastante atuais frente à problemática enfrentada pela fibromialgia. Segundo o autor, os médicos se comportavam completamente diferente diante de um sujeito histérico em relação a um paciente que apresentasse uma doença orgânica com a qual ele já tivesse alguma familiaridade.

Seria, nesse sentido, uma forma de negar-se a dar o mesmo interesse aos diferentes fenômenos, como se a enfermidade que não apresenta sinais observáveis fosse menos grave do que as doenças “convencionais”. “Em face, porém, das particularidades dos fenômenos histéricos, todo o seu saber e todo o seu preparo em anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado” (FREUD, 1910/1996, p. 10).

Este desamparo, no entanto, não se limitou ao campo médico na época de Freud. A suspeita sobre a verdade dos sintomas do paciente está presente no cotidiano tanto do médico como do sujeito que padece de um sofrimento doloroso crônico não proveniente de uma lesão orgânica ou disfunção. Para Lima e Trad (2007), “A ambiguidade entre crer e suspeitar, reconhecer a fala do doente como verdade, como ponto de partida e suspeitar dessa verdade, está presente no cotidiano clínico” (p. 2676).

Podemos chamar atenção para o estigma das doenças que demonstram uma relação estreita com o psiquismo, ou que ao menos parecem ser uma manifestação de algo desta ordem. Nesses casos, parece comum relacioná-las a algo da ordem de uma

simulação ou fingimento, ou ainda, conforme dito, algo que não seja grave o suficiente para maiores investigações.

É possível identificar este estigma até mesmo entre as áreas da medicina, quando, por exemplo, a especialidade médica voltada para manifestações de origem emocional, comportamental e psíquica – a psiquiatria – é tida, entre muitos, como sendo uma especialidade menor em importância dentre as demais.

Conforme vimos, são inúmeras as dificuldades em precisar a dor crônica não proveniente de lesões orgânicas ou disfunções. Nesse sentido, uma forma de operar que seja marcada por resistências a algo que não se pode encontrar objetivamente, tende a questionar um sintoma que não pode ser localizado ou identificado através dos parâmetros convencionais. Essa “brecha” abre espaço para inúmeras questões, dentre elas, as queixas de pessoas com dores crônicas, que com frequência fazem um apelo por um diagnóstico, questão central para este trabalho.

Na travessia de uma análise exclusivamente biológica da dor para uma perspectiva apoiada nos pressupostos da psicanálise, podemos assinalar que o fenômeno doloroso não se limita a um campo objetivo. Segundo Creder (2002), “A dor parece ter um vocabulário próprio que, no humano, multiplica-se em experiências, vivências e representações muitas vezes inefáveis, que escapam frequentemente de uma avaliação objetiva” (p. 21).

Nessa direção, não por acaso a teorização que a clínica psicanalítica faz sobre a noção de pulsão a caracteriza como um conceito-limite em um momento em que os fenômenos corporais eram considerados apenas em seu caráter orgânico; dimensão importante, mas que não é a única.

Além das dificuldades na identificação das dores crônicas, a localização e o caráter da dor podem ser ainda mais imprecisos devido às suas inúmeras modificações, “uma vez que a retroalimentação produzida pelo glutamato passa a afetar neurônios periféricos à representação medular original, espalhando-se na medula à semelhança das metástases de uma neoplasia maligna” (FARIAS; SILVA, 2017, p. 50).

É comum que os pacientes com fibromialgia apresentem dores difusas ou que mudam de lugar, deslizando por partes diferentes do corpo ao longo do tempo. Nessa direção, a itinerância da dor remete a outros movimentos frequentes à realidade do sujeito com dor crônica. Até que o médico identifique que não há a presença de uma lesão orgânica, é necessário que o profissional percorra um caminho sem que se saiba qual o ponto de chegada, visto que o diagnóstico da fibromialgia é fruto da exclusão de

outras possibilidades; ainda nesse sentido, é comum que o paciente vagueie por diferentes especialidades médicas em busca de uma causa que justifique sua dor.

A itinerância dos aspectos relacionados à fibromialgia remete ao que Lacan (1973-1974/2016) assinala como sendo a condição errante do desejo. Barros e Hoffman (2017) apresentam a errância como um termo plurívoco, ou seja, com algumas possibilidades de sentido, que caminham em torno de: “errar”, “ir ao acaso”, “perder-se”, “perambular”. Os autores destacam ainda que Lacan fala sobre o movimento itinerante do desejo, reforçando sua natureza errante. Nessa direção, Queiroz, Barros e Melo (2019) discutem o deslizamento das dores corporais como uma manifestação pura e simples da errância do desejo:

Os estudos psicanalíticos sobre a fibromialgia evidenciam que, em tais pacientes, o discurso perde sua plasticidade e se fixa em descrições incansáveis de vivências dolorosas sem nenhuma implicação subjetiva do paciente. Curioso notar que, em contrapartida, na fixidez discursiva há uma não fixidez dos pontos doloridos, o que nos leva a pensar que a pulsão erra pelos pontos ditos sensíveis. Não seria a fibromialgia uma patologia que expressa aquilo que Lacan indicou como “errância do desejo” na sua forma mais pura e simples como a dor de existir? Nesses termos, ao invés do desejo deslizar de palavra em palavra, compondo uma “errância da dor da falta” (Quinet, 2013), ele desliza pelos pontos sensíveis do corpo. A errância como um modo de existir, de estar no mundo, se materializa errantemente no corpo como a dor do existir (p. 201).

Também em função daquilo que chamamos de “errância”, médicos e pesquisadores veem-se em um campo escorregadio e conflitante, visto que tais manifestações apresentam um “furo” no discurso científico. Com efeito, isso se reflete na resistência do campo médico em legitimar a fibromialgia e os seus sintomas como doença, apesar dos altos índices de incidência da enfermidade, bem como das associações de pacientes que reivindicam o seu reconhecimento. Conforme Besset e Gaspard (2010):

Apesar do ativismo na cena midiática das associações de doentes, a multiplicação das reportagens de televisão e de artigos, a razão desse recuo dos especialistas se deve, em primeiro lugar, ao caráter subjetivo dos transtornos relatados” (p. 1264).

Diversos autores têm se dedicado aos estudos sobre a fibromialgia e aos variados aspectos relacionados a ela (CASTELLANOS, 2009; BESSET *et al.*, 2010; LIMA; CARVALHO, 2008, ZANOTTI *et al.*, 2013, ESPINOZA; ZANOTTI, 2017; MINATTI, 2012). Foi possível identificar com frequência, nesses trabalhos, a presença do apelo a esse diagnóstico em pessoas com dores crônicas não justificadas por lesões corporais ou disfunções. Este apelo aparece como um fenômeno presente no cotidiano dessas

pessoas, no entanto, não foram encontrados trabalhos que se propuseram a investigar centralmente este aspecto.

Além disso, o apelo ao diagnóstico apareceu de forma importante nas falas dos pacientes com dor crônica, os quais tivemos a oportunidade de entrevistar ainda durante a graduação no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), em Maceió – Alagoas, conforme citamos no início deste trabalho. Os pacientes que clamavam por um diagnóstico demonstravam intensa angústia ao apresentar a dificuldade que vivenciavam por não terem seu sofrimento doloroso reconhecido pelos seus familiares, amigos, colegas de trabalho e até mesmo pelos profissionais da saúde com os quais haviam se consultado.

Pessoas que sofrem com dor passam por um processo subjetivo de reconhecimento e nomeação da mesma, e encontram ainda mais dificuldade quando relacionam seu sofrimento a algo de ordem “emocional”, pois é significativo o estigma das doenças psíquicas. Nesse sentido, dada a prevalência do discurso da ciência, que ampara o discurso médico, o diagnóstico se torna uma importante via para alcançar esse reconhecimento, visto que o saber médico pode legitimar sua enfermidade em relação a si mesmo e ao outro. É comum que um paciente da clínica da dor alegue necessitar de um diagnóstico não apenas para alcançar uma possibilidade de tratamento, mas também para fins civis, pois só assim conseguirá afastamento do serviço e/ou auxílios trabalhistas, pois terá sua dor, além de nomeada, reconhecida.

No entanto, este apelo ao diagnóstico, que surge forjado pela justificativa de necessidades sociais e médicas de uma nomeação, parece não se limitar apenas a um pedido da ordem da necessidade, mas parece trazer em sua cadeia significativa algo da ordem de um reconhecimento.

Em um caso trazido por Espinoza e Zanotti (2017), em um trabalho sobre a fibromialgia no campo da psicose, uma paciente, quando foi convidada a falar sobre suas dores, demonstrou um forte apego ao diagnóstico, fazendo colocações que foram consideradas importantes para o seu tratamento. “A primeira delas demonstrava um apego muito grande ao diagnóstico da fibromialgia, em que enfatizava a sua necessidade de mantê-lo e ser reconhecida em seu sofrimento” (p. 104).

Assim, para alguns, o reconhecimento da síndrome parece funcionar como uma nomeação, dando um lugar para o sujeito no mundo. Ser fibromiálgico, então, está além de um diagnóstico, mas pode funcionar como aquilo que faz mediação na relação com os demais, funciona como um S1 que permite o laço social (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017, p. 106).

A fibromialgia tem uma consequência social expressiva, o que reitera a necessidade de uma contínua investigação das consequências dessa enfermidade. Além disso, os relatos sobre a dor estão constantemente relacionados a diversos elementos presentes na vida dos sujeitos com dor. Desse modo, emerge uma importante questão: o sujeito que busca um diagnóstico o faz exclusivamente com o objetivo de garantir seus direitos civis? O que está subjacente a essas queixas?

Para a clínica psicanalítica, é imprescindível interrogar a posição do sujeito que fala, compreendendo que suas queixas são apenas o ponto de partida para outras questões que irão emergir com o deslizamento significativo. Desse modo, é preciso que se procure localizar no discurso a enunciação, ou seja, a demanda do sujeito enunciante. Conforme Lacan (1973/1998), “a interpretação incide sobre a causa do desejo [...] causa que ela revela, e isso pela demanda, que envelopa com seu modal o conjunto dos ditos” (p. 474).

Nessa direção, a psicanálise propõe que todo discurso está pautado naquilo que chamamos de *enunciado* e *enunciação*, e isso tem desdobramentos que ultrapassam de modo significativo uma leitura objetiva da fala do sujeito. É, portanto, essencial que seja interrogada a relação entre esses lugares do discurso.

Sobre essa diferenciação, Lacan (1973/1998) assinala que “o dito não vai sem o dizer” (p. 451) e que “o dizer fica esquecido por trás do dito” (p. 449). Desse modo, Lacan chama atenção que é essencial que seja feita uma distinção entre essas proposições do discurso do sujeito, pois aquilo que é dito - o enunciado - pode sempre encobrir aquilo que é o dizer - a enunciação.

Nessa direção, a partir desta proposição psicanalítica e das nossas indagações a respeito das queixas dos sujeitos com dor crônica, fazemos uma hipótese de que algo da ordem de uma demanda de reconhecimento está encoberto pelo apelo ao diagnóstico. Nesse sentido, para avançar com essa investigação, acreditamos ser essencial aprofundar nos estudos sobre demanda, conceito sobre o qual Lacan se debruçou de modo especial em suas construções teórico-clínicas, sobretudo no seminário 5 sobre *As formações do inconsciente*.

Para essa discussão, convocamos conceitos importantes da teoria psicanalítica de Freud e Lacan, especialmente no que concerne às noções de demanda, desejo, enunciado e enunciação, e ainda, recorreremos a autores que se propõem a estudar o fenômeno da dor crônica a partir do referencial teórico da psicanálise.

3.1 “Que é a demanda?”⁷

Lacan (1958/1999), ao discutir a demanda no ambiente analítico, expressa que a oferta de escuta do analista frente a um paciente, propicia a demanda de análise do sujeito, e sintetiza isso ao afirmar “com a oferta criei a demanda” (p. 623). Neste momento, o autor está se utilizando da teoria econômica, a qual sugere que “a oferta cria sua própria demanda”, denominada *lei de Say*. Ao mesmo tempo, a proximidade de significados pode ocasionar certo conflito no entendimento. Por isso, é importante destacar que a palavra *demanda* adquiriu um sentido específico em psicanálise a partir da teoria de Lacan.

No dicionário de psicanálise de Chemama (1995), o autor define *demanda* como a “forma comum de expressão de um desejo, quando se quer obter alguma coisa de alguém, a partir da qual o desejo se distingue da necessidade” (p. 40). O dicionário destaca ainda que a demanda se distingue, e até opõe-se à necessidade. Mas como aquilo que se demanda pode se diferenciar daquilo de que se necessita? Essa é uma das questões que Lacan discute e desenvolve ao dissertar sobre aquilo que chama “Dialética do desejo e da demanda”.

Para Lacan (1958/1999), o modo como o desejo tem de se apresentar no sujeito é determinado por essa dialética e, apesar da demanda ter seus efeitos na necessidade, elas não são a mesma coisa: “a maneira como tem de se apresentar o desejo no sujeito humano depende do que é determinado pela dialética da demanda. A demanda tem um certo efeito nas necessidades, mas ela tem, por outro lado, suas características próprias” (p. 394). Nesse sentido, é possível assinalar que a demanda constitui-se junto à necessidade, porém, dela se desvencilha.

Conforme ensinam as ciências biológicas, os seres humanos são seres de necessidade e a autopreservação da própria espécie aparece como um elemento importante que opera no direcionamento da saciedade dessas necessidades. Desse modo, explicam-nos que se um animal tem sede, ele irá em busca daquilo que irá pôr fim àquela falta. E se sentir frio, procurará aquilo que irá retirá-lo do desconforto que pode ameaçar sua existência.

No campo das necessidades, há sempre um objeto capaz de satisfazê-las. Quinet (2011) endossa que a necessidade está do lado animal, num ambiente onde há apenas um encaixe entre o ser vivo e o seu meio, onde ele encontrará seus objetos de busca na própria natureza. Esse “encaixe” objetivo, no entanto, não se aplica à realidade humana,

⁷ (LACAN, 1958/1999, p. 91)

pois sendo seres falantes, suas satisfações devem passar pela intermediação da fala. Conforme aponta-nos Quinet (2011):

Basta que se enuncie “preciso de ar”, para que uma outra dimensão apareça, a dimensão do Outro. Aí não estamos mais no registro da necessidade, mas no registro da demanda. Pelo simples fato de enunciar isso, mesmo que os enunciados se refiram a necessidade, a dimensão do Outro já aparece. Como? Em primeiro lugar, o simples fato de tomar a palavra faz surgir o Outro da fala, pois nunca há concordância total entre o que se intenciona dizer, e o que se diz (p. 89).

A fala, portanto, faz surgir o Outro, havendo aí uma descolagem de um centramento no próprio sujeito. Ainda que o sujeito fale sozinho, a fala será sempre dirigida ao Outro, considerando que, ao tomar a palavra, ele sofre a incidência de se escutar falando, trazendo consigo os mal-entendidos próprios da linguagem (que permitem o tropeço) e o dito inclusive daquilo que não se pretenderia dizer.

Diferentemente dos outros animais, o ser humano necessita de outros de sua espécie para ter as suas necessidades básicas saciadas. Sobre isso, Miller (2013) afirma que “na espécie humana, o filhote não pode satisfazer sozinho suas necessidades mais elementares, ele deve passar por um Outro, com letra maiúscula, capaz de satisfazê-las e, para tanto, deve falar sua linguagem, endereçar-lhe uma demanda” (p. 2).

Nada faz crer que um recém-nascido tenha alguma chance de sobreviver se não houver outro humano que vá em seu auxílio prover aquilo que é necessário para que permaneça vivo. Essa necessidade o liga ao Outro de uma maneira irreversível e essencial; a partir daí, tudo irá decorrer disso, pois o apelo faz do Outro um objeto de amor. Lacan (1958/1999) aprofunda a demanda de satisfação do humano, que, apesar de utilizar a necessidade em seu discurso, não está fixa nela:

Haja o que houver com a perspectiva da necessidade, essas linhas nos dão dois horizontes da demanda como articulada, na medida em que toda demanda de satisfação de uma necessidade tem que passar pelos desfiladeiros da articulação que a linguagem torna obrigatórios. Por outro lado, pelo simples fato de passar para o plano do significante (...) há uma demanda incondicional de amor (LACAN, 1958/1999, p 439)

Inaugura-se desde aí a descoberta necessária a todo sujeito de aprender a comunicar ao Outro aquilo de que precisa. Mas como? Fazendo uso da linguagem, numa busca incessante e interminável para encontrar as palavras que serão escutadas. Com efeito, pode-se assinalar que o primeiro papel que o sujeito faz a linguagem exercer é o de veicular sua demanda. Para Aulagnier (1990), “poder-se-ia acrescentar que o sujeito, por sua vez, constitui a linguagem em seu discurso na e pela demanda” (p. 194).

É no processo de busca das palavras que serão audíveis pelo Outro que os significantes deslizam, favorecendo que a demanda passe por uma profunda modificação. Com efeito, falar sobre demanda é falar sempre sobre o campo do Outro, já que está sempre endereçada a alguém. Ainda se faz necessário reforçar que a linguagem é da natureza do mal-entendido, “por isso a demanda é sempre demanda de uma coisa outra; ela não se reduz àquilo que se expressa através do apelo ou queixa. Ela é sempre algo além ou aquém daquilo que se pode dizer” (QUINET, 2011, p. 96).

Pode-se falar, ainda, que a demanda é inegociável e incondicional, não dando possibilidade para torções. Bem como não está em busca de um único objeto, como é o caso da necessidade. Lacan assinala que “é na medida em que a demanda está para além e para aquém de si mesma que, ao se articular como significante, ela demanda sempre outra coisa” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 344-345).

Como já citado anteriormente, diferentemente dos outros animais, para os humanos é necessário entrar no mundo das palavras e, por meio da linguagem, tornar audível sua intenção de alcançar aquilo de que necessita. Se a pessoa tem fome, este alimento poderá ser cozido, cru, doce ou salgado, ou poderá ter um ingrediente a mais ou a menos, caso seja de interesse do demandante; as possibilidades de variação demonstram ainda mais a necessidade do mundo das palavras para os seres humanos.

A relação entre a mãe e o bebê, ponto de partida de toda a teoria de Lacan sobre a demanda, permite uma necessária reflexão desse conceito, pois se trata de um campo repleto de necessidades, de nomeações e de interpretação de demandas. Alguns autores (LACAN, 1958/1999; QUINET, 1989; AULAGNIER, 1990) se debruçaram sobre essa imagem para discutir a dialética da demanda e do desejo.

Para Quinet (1989), é necessário “introduzir a mãe como Outro provedor, o Outro que traz o objeto que satisfaz a necessidade” (p. 88) para abordar a questão da demanda. Não por acaso, o autor afirma que esse Outro provedor não cessa de dar significações aos gritos do *infans* como apelos, “transformando a necessidade que se expressa no grito em uma demanda” (p. 88).

Quando o bebê esboça algum desconforto ou chora, o Outro irá procurar interpretar aquela reação até o momento em que atribuirá alguma palavra àquele choro: fome, sede, frio ou alguma dor. É verdade que aquele bebê ainda não forma frases, no entanto, já foi inserido no campo da linguagem. Desse modo, por mais que o primeiro som emitido pelo *infans* seja o mais inarticulado grito, isso não impede que ele seja interpretado pela mãe como “demanda de”.

A experiência nos confirma que qualquer manifestação de vida no sujeito (grito, movimentos de alegria, sinal de sofrimento) é interpretada pela mãe como um apelo, como uma mensagem da qual ela seria a destinatária, interpretação que por sua vez é forjada nos moldes de seu próprio desejo. Desde o “ele quer sua mãe” que responde ao grito, ao “ele tem uma otite” que dá valor de mensagem ao corpo, todo o seu discurso, quando diz respeito à criança, testemunha isso. (AULAGNIER, 1990, p. 197)

Ao se considerar que às mais diversas manifestações do *infans* são, em geral, atribuídos sentidos, o resultado é que a criança é imediatamente colocada no universo da linguagem, onde “a intervenção do outro constitui-se como uma resposta a algo que foi, de antemão, suposto como uma demanda” (DOR, 1989, p. 144). Quinet (2000) também assinala o grito do bebê como uma expressão interpretada pelo Outro. O autor discorre que:

Na situação da experiência de satisfação, o grito do bebê é interpretado pelo Outro como uma demanda de satisfação: a mãe o escuta como uma demanda dirigida a ela, para efetivar o que Freud designa no “projeto” como a “ação específica”: trazer o objeto de satisfação. A demanda está nesse apelo (grito interpretado como dirigido ao Outro assistência) que o sujeito faz em busca de um complemento que é o objeto que pode satisfazê-lo. E nessa demanda se desenrola o desejo (QUINET, 2000, p. 88).

A referência de Dor (1989) remete à construção freudiana de “ação específica” no *Projeto para uma psicologia científica*, noção que de algum modo já apresentava a ideia que depois foi sistematizada por Lacan no conceito de demanda. Nesse momento, Freud (1950/1895) assinala que o organismo é incapaz de promover uma experiência de satisfação, a não ser a partir de alguma alteração do mundo externo, ou seja, com aquilo que ele nomeia como “ajuda alheia” (p. 241). Segundo o autor: “quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna [...] adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação” (p. 241).

Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo (FREUD, 1950/1895, p. 241).

Nessa direção, Lacan (1958/1999) destaca que primeiramente o *infans* identifica que depende inteiramente da demanda, ou seja, depende da fala do Outro “que modifica, reestrutura, aliena profundamente a natureza de seu desejo” (p. 369). O autor também retoma Freud ao assinalar como a nomeação e a interpretação dos pais reflete no imaginário da criança:

Freud frisou bem o valor sintomático do momento da infância em que a criança acredita que os pais conhecem todos os seus pensamentos e explicou muito bem a ligação desse fenômeno com a fala. Sendo os pensamentos do sujeito formados na fala do Outro, é perfeitamente natural que, na origem, seus pensamentos pertençam a essa fala. (LACAN, 1958/1999, p. 369)

No entanto, o autor sublinha ainda que, no nível da demanda, há uma relação de reciprocidade entre o sujeito e o Outro, e que “apesar de o desejo do sujeito depender inteiramente de sua demanda ao Outro, o que o Outro demanda também depende do sujeito” (p. 371). Aulagnier (1990) complementa, propondo uma fórmula sobre o encontro mãe e *infans* em dois tempos: “‘a mãe deseja que o *infans* demande’ e ‘o *infans* demanda que a mãe deseje’” (p. 197).

A dialética da demanda e do desejo demarcada por Aulagnier resgata o transitivismo, conceito trazido por Lacan para a clínica psicanalítica. Trata-se de um revezamento de lugares e posições, que se dá sob uma lógica e não sob pessoas ou papéis fixos. De acordo com Bergès e Balbo (2002), na obra *Jogo de posição da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*, o transitivismo diz respeito a uma hipótese feita pela mãe de uma demanda do filho que afague o seu desejo de mãe. Nesse processo, a demanda pode inclusive, se modificar. Desse modo, isso não se limita a uma etapa específica da vida, nem mesmo à relação mãe-bebê, apesar de ser essa a cena que melhor representa a noção trazida pelo conceito.

Segundo Barros (2009), o transitivismo refere-se a “uma colocação em jogo do afeto através de um golpe de força, por meio do qual a mãe demanda a seu filho que se identifique à hipótese e ao discurso que ela lhe endereça, integrando-se, assim, ao campo da fala e da linguagem” (p. 78). Desse modo, a partir do grito, por mais inarticulado que seja, conforme vimos, e de outras manifestações do bebê, a mãe supõe apelos endereçados a ela, abrindo espaço para a veiculação e formulação de demandas. De acordo com Bergès e Balbo (2002), “quando a mãe faz uma hipótese de uma demanda no filho é porque formula a hipótese prévia de que o filho vai articular essa demanda ao desejo dela” (p.33). Nessa direção, Barros (2009) pontua:

Através da hipótese que constrói para esses apelos, ela irá, juntamente com os cuidados que dispensa a seu filho, nomear para ele aquilo que, num primeiro momento, é da ordem de um real inominável, posto que ainda não articulado à linguagem. Ao nutrir seu bebê, por exemplo, a mãe fala com ele, que incorpora não apenas o alimento, mas também o que ela lhe fala sobre isso – a identificação que daqui decorre remete ao transitivismo mais primordial. A depender da resposta que o bebê, em sua posição, lhe confira, a antecipação que a mãe lhe havia feito será verificada. À confirmação de sua hipótese acerca da demanda (“quando ele grita assim, é porque...”), corresponde à construção de um saber que permeia esse jogo de posições (p. 79).

O mesmo ocorre quando o bebê está em alguma situação de perigo ou de dor, pois nesse momento a mãe faz uma hipótese ao se colocar no lugar dele e proclama a dor que ela supõe que o filho está sofrendo. Segundo Barth e Silveira (2004), a mãe, ao observar o filho cair sem esboçar sofrimento, frequentemente exprime algum afeto e o articula em sua fala. Nessa direção, de acordo com Bergès e Balbo (2002), a mãe se coloca na posição do filho e lhe exprime que ele deveria sentir uma dor, e desse modo, o filho então vai à posição da mãe e diz “ai!”. “Assim, nessa posição que ela acaba de deixar – da qual o filho acaba de desalojá-la, assumindo-a – ele se atribui a hipótese de sua mãe, a fim de tomá-la por sua própria conta” (p. 23) e a ratifica, autenticando o dizer dela.

Para Barth e Silveira (2004, p. 256-257), “O transitivismo é instaurado pelo fato de a mãe fazer a hipótese de um saber no seu filho. Tal hipótese, na forma de um apelo, vai circular retornando em forma de demanda”, demanda que, para Bergès e Balbo (2002), “supõe ser a de uma identificação de seu filho ao discurso que ela [a mãe] lhe dirige” (p. 10). Assim, é possível dizer que a mãe espera que a demanda do filho afague o seu desejo de mãe.

Aulagnier (1990) defende ainda que Freud traz uma grande contribuição para pensar a noção de “demanda” quando afirma – e demonstra – que a psique não conhece a fome, nem o alimento e nem as necessidades, mas que tudo isso pode servir como entidade para que as demandas sejam formuladas. A autora destaca que “é desde a origem, uma demanda de libido, uma demanda de desejo, que o *infans* é perfeitamente capaz de demandar o ‘nada’, ou seja, o objeto menos adequado à necessidade de que se possa conceber” (AULAGNIER, 1970, p. 197).

A dialética apresentada por Lacan e corroborada por outros autores reforça a articulação entre demanda e desejo como algo indissociável; apesar de interdependentes em sua formulação, têm objetivos e se apresentam de modos diferentes. Por isso, Lacan (1958/1999) deixa clara a sua distinção, o que nos levou a discorrer também sobre o desejo.

3.1.1 *Desejo: o além e o aquém da demanda*

Para Lacan (1958/1999), “a ideia de relação com o outro é sempre solicitada por um deslizamento que tende a reduzir o desejo à demanda” (p. 428). No entanto, o desejo

está para além de qualquer demanda concreta, bem como a própria demanda está para além de qualquer objeto concreto.

Segundo Miller (2013), o desejo se aloja exatamente na decalagem produzida na transposição da necessidade à demanda, sem, no entanto, poder ser dito claramente, apesar de correr sobre tudo o que o sujeito diz, e até mesmo em seus sonhos. Tudo isso é matéria de interpretação, mas podemos assinalar que o desejo não é algo que se possa descrever objetivamente; menos ainda realizá-lo, visto que seu objeto é da ordem da fantasia, e não da realidade comum. Ele não pode, portanto, ser alcançado em nenhuma hipótese, pois o sujeito não deseja um objeto propriamente, mas, conforme nos aponta Aulagnier (1990), “o sujeito é desejanter de um desejo” (p. 176). Nessa direção, Lacan (1958/1999) assinala que:

Se o desejo é de fato o que articulei aqui, ou seja, aquilo que se produz na hiância aberta pela fala na demanda, e se portanto, como tal, ele está além de qualquer demanda concreta, fica claro que qualquer tentativa de reduzir o desejo a uma coisa para a qual se demande satisfação esbarra numa contradição interna. (p. 428)

Lacan (1958/1999) afirma que o desejo encontra-se além da demanda, e o faz justificando que “é preciso um além da demanda na medida em que a demanda, por suas exigências articulatórias, desvia, modifica, transpõe a necessidade”. (p. 393). E continua sua argumentação sobre o desejo, situando que ele está no espaço entre o apelo e a demanda de amor.

Por isso é que podemos situá-lo numa posição sempre dupla em relação à demanda, ao mesmo tempo além e aquém, conforme o aspecto pelo qual consideremos a demanda – demanda em relação a uma necessidade ou demanda estruturada em termos de significante (LACAN, 1958/1999, p. 418)

Lacan (1958/1999) formula que o desejo é o resultado da subtração da necessidade à demanda. Sales (2009), em consonância com o autor, pontua que “a demanda é uma operação que descreve um nível de expressão da necessidade na fala como apelo à presença do Outro, que é a estrutura simbólica, então vemos que, se retirarmos da demanda o que se deve à necessidade, o que vai restar é o puro funcionamento do simbólico que então já atravessou o corpo” (p. 542).

Uma vez que a necessidade já tenha passado pelo filtro da demanda no plano da incondicionalidade, é apenas a título de uma segunda negação, digamos assim, que reencontraremos, mais além, a margem do que se perdeu nessa demanda. O que encontramos nesse mais além é, precisamente, o caráter de condição absoluta que se apresenta no desejo como tal. (LACAN, 1958/1999, p. 382)

Aproximando-se daquilo que poderia descrever o desejo, é possível pensá-lo como uma metonímia do discurso da demanda, as mudanças na cadeia significante que deslizam na busca de fazer ouvir a demanda. “Insisto nesse ponto – essa relação propriamente metonímica de um significante ao outro que chamamos de desejo, não é o novo objeto, nem o objeto anterior, é a própria mudança de objeto em si”. (LACAN, 1986, p. 340). Pode-se afirmar, portanto, que a demanda é aquilo que se dá na cadeia significante, onde o desejo se articula metonimicamente. Segundo Quinet (1989), “de palavra em palavra, temos o desejo como efeito metonímico da demanda” (p. 96).

Nesse sentido, não existe, de fato, uma satisfação do desejo na realidade, assim como também não há saciedade da demanda. Nesse sentido, apesar das acomodações discursivas que terminam por evocar as palavras “satisfação” e “insatisfação”, como se o desejo fosse passível de ser satisfeito, ele não tem outra realidade que não a psíquica e, desse modo, conforme vimos, não cessa mediante um objeto concreto.

Desse modo, Lacan (1958/1999) pontua que o desejo humano é rebelde a qualquer necessidade, pois não se satisfaz com nada que não seja ele mesmo. O desejo é, na realidade, um desejo que incide sobre um desejo. Diferentemente do animal que busca um objeto concreto, o desejo humano, portanto, incide sobre um outro desejo; ou seja, é um desejo de desejo. Mas o que seria desejar um desejo? Para Quinet (2000):

Desejar um desejo é querer deter o valor desejado pelo desejo do outro. Desejar o desejo de um outro é desejar que o valor que sou ou que represento seja o valor desejado pelo outro. Quero que ele reconheça meu valor como se fosse o seu; quero que ele reconheça o meu valor como se fosse um valor seu; quero que ele reconheça como um valor autônomo (p. 92).

O desejo, enfim, se articula através da demanda e a demanda que o *infans* faz ao Outro materno está sempre direcionada àquilo que o Outro não tem, ou seja, o seu amor, pois, conforme Lacan (1958/1999), “dar amor é não dar nada que se tenha, pois é justamente por não se o ter que se trata de amor” (p. 397).

Nessa direção, é possível retomar a problemática do desejo, visto que nem ele nem a demanda buscam um único objeto.

Assim ocorre com as crianças que pedem algo da mãe, quando frequentemente são “demandas impossíveis de se satisfazer, pois quando ela recebe o que pediu já pede outra e mais outra e outra ainda, porque trata-se efetivamente de demanda de amor por onde circula o desejo como desejo de outra coisa” (QUINET, 2000, p 96).

A construção lacaniana a respeito do amor é precisa e tem grande contribuição na dialética da demanda e do desejo. Sem dúvida, o amor é um dos fenômenos mais

falados e investigados em toda a história por diferentes campos de saber. Desde a filosofia até estudos recentes da neurociência, o amor tem sido objeto de discussão e reflexão, visto que é enorme a sua importância e influência nos seres humanos.

Sua concepção é construída a partir da dimensão do Outro, ainda que o Outro esteja em diferentes posições nesta relação; desse modo, carregará sempre um caráter ambivalente, permanecendo para além da satisfação. A ambivalência do amor remete ao caráter ambíguo do lugar do desejo, pontuado por Lacan (1958/1999):

Este lugar está sempre para além da demanda, considerando que a demanda almeja a satisfação da necessidade, e no aquém da demanda, na medida em que esta, por ser articulada em termos simbólicos, vai além de todas as satisfações para as quais apela, é demanda de amor que visa o Outro, que almeja obter do Outro uma presentificação essencial – que o Outro dê o que está além de qualquer satisfação possível, seu próprio ser, que é justamente o que é visado no amor (p. 418).

Para Sales (2009), o apelo do *infans* ao Outro que solicita água e alimento, demonstra outros elementos que ultrapassam esses objetos; nesse apelo, o *infans* também pede a presença e a atenção do Outro, bem como o seu amor. Subjacente ao apelo está a demanda de satisfação da necessidade que é também demanda de amor. Segundo o autor:

A expressão da necessidade na fala sob a forma de um apelo ao Outro receberá não apenas respostas negativas esporádicas a propósito da satisfação de necessidades específicas (a fome, a sede, por exemplo). Ela constitui, dentro da própria dialética da recusa – que então passa a ser mesmo necessária à estrutura do apelo –, a dimensão desmedida da demanda porque, a partir desse momento, ela se encontra vinculada à impossibilidade da presença perene do Outro, impedindo que algo venha atender ao que ela solicita. O apelo ao Outro pede o alimento ou a água, mas, para além disso, pede a presença e a atenção do Outro ou o seu amor. A demanda que chama por algo que venha aplacar a necessidade é a mesma que é demanda de amor e, se invoca a alteridade, é menos pela ideia de que ela é imprescindível para o provimento da satisfação do que pelo fato de que esse chamado faz parte das próprias premissas da linguagem: esta funciona de uma forma tal que toda fala tem nela tanto seu ponto de chegada quanto sua origem; toda fala se dirige a ela e é emitida a partir de seu lugar (SALES, 2009, p. 540).

Para Lacan (1958/1999), a demanda é, no fundo, demanda de amor: “demanda daquilo que não é nada, nenhuma satisfação particular, demanda do que o sujeito introduz por sua pura e simples resposta à demanda” (p. 394). O autor segue nessa direção, ao considerar que toda demanda se trata de algo que está endereçado ao Outro, ou seja, atua sustentando o percurso de desejo do desejo do Outro.

Dor (1989) corrobora a noção lacaniana de desejo e afirma que “para além da demanda de satisfação da necessidade, perfila-se a demanda do ‘a mais’ que é antes de

tudo demanda de amor. De uma maneira geral, a demanda é, portanto, sempre formulada e endereçada a outrem” (p.145).

Os estudos sobre a noção de demanda ajudam-nos a refletir sobre as queixas dolorosas que comportam uns apelos ao diagnóstico, identificando nelas aspectos que podem passar despercebidos se a atenção estiver voltada apenas para o enunciado de seus discursos. Podemos dizer que a escuta tradicional das queixas deixa passar despercebidos elementos importantíssimos para o tratamento destas e outras enfermidades.

Isso ocorre, sobretudo, quando a relação com o paciente sugere que é o profissional o detentor do saber e que este saber será aplicado ao doente. Desse modo, todos os aspectos apresentados no estudo da demanda perdem lugar na investigação da dor e caem no vazio, quando poderiam ser caminho de construção de um saber sobre o sujeito, e nessa construção, a possibilidade de cura do paciente.

Reconhecer que a fala dos pacientes comportam um “dito por trás do dizer” modifica a escuta do sofrimento e abre-nos para o campo do desejo, conforme acabamos de apresentar. As queixas trazidas pelos sujeitos com dor são o meio pelo qual será possível reconhecer os apelos que aparecem em seus discursos como sendo da ordem da “necessidade”; necessidade de diagnóstico, necessidade de benefícios sociais, necessidade de um maior conhecimento sobre a própria doença.

O médico, ou o próprio psicanalista, pode terminar por interpretar os “gritos de socorro” como sendo uma demanda a ele endereçada – como faz a mãe com o bebê – e supor nisso uma demanda de algo objetivo, como um diagnóstico ou até mesmo a cura. Certamente estes elementos têm importância e podem ser perseguidos; no entanto, o perigo de tomar a fala como uma expressão clara da demanda pode terminar por desconsiderar aquilo que se produz na decalagem entre ela e a necessidade: o próprio desejo.

Retomando aquilo que Lacan diz a respeito da rebeldia do desejo em relação à necessidade, e de que o desejo é um desejo de desejo, Quinet (2000) assinala que isso significa querer deter o valor desejado pelo desejo do outro, que “é desejar que o valor que sou ou que represento seja o valor desejado pelo outro. Quero que ele reconheça meu valor como se fosse o seu; quero que ele reconheça o meu valor como se fosse um valor seu” (p. 92).

Levando em conta a afirmação de Lacan (1973/1998) de que “a interpretação incide sobre a causa do desejo” (p. 474), e que essa causa, via demanda, contém o

conjunto de significantes, é possível identificar importantes aspectos relacionados ao “a mais”, que Dor (1989) nomeia de “demanda de amor”, e que para Marc Darmon (1994), é o mesmo que demanda de reconhecimento, questão que analisaremos logo mais a partir dos casos.

A partir disso, podemos afirmar que aquilo que é trazido pelo paciente como sofrimento em sua fala, seja de lamento ou protesto, e que no caso dos pacientes com dor, em geral estão relacionados ao diagnóstico ou à cura, denominamos como queixa, ou seja, aquilo que o sujeito traz em seu enunciado, apresentando para aquele a quem ele endereça sua fala os motivos os quais ele compreende ser o motivo de seu sofrimento. Nesta queixa, se inscreve um apelo que pode ou não ser reconhecido em sua dimensão de pedido e que conforme Barros (2009) é suporte para o endereçamento da demanda. A demanda, por sua vez, não visa o objeto, mas o Outro; e nessa metonímia se aloja o desejo.

Nessa direção, é essencial que seja feita uma profunda análise do discurso do sujeito, visto que a escuta da queixa é apenas o ponto de partida para os aspectos que podem emergir de sua fala. Segundo Zanotti *et al.* (2017), é de fundamental importância operar rejeitando a ideia “dor-morfina” (p. 142) que reduz o tratamento da dor ao alívio da experiência dolorosa, sem comprometer-se com sua eliminação. Futuramente podem ser ainda mais aprofundados os estudos sobre alguns dos conceitos que atravessam toda a discussão deste trabalho e que fazem parte da dialética da demanda e do desejo. Noções que perpassam o apelo, a queixa e a necessidade, bem como a demanda de amor, são aspectos peculiares ao discurso do sujeito que podem trazer outras contribuições para a investigação da singularidade do sofrimento.

Conforme vimos, ao observar os relatos de pacientes com dores crônicas, é comum encontrar um apelo que surge da “necessidade” de um diagnóstico justificado por diversos aspectos razoáveis relacionados às vantagens de uma nomeação. Partindo da noção de que a demanda é, portanto, “aquilo que, a partir de uma necessidade, passa por meio do significante dirigido ao Outro” (LACAN, 1999, p.91), seria possível identificar esse “a mais” reforçado por Dor (1989)?

Apesar de compreender e reconhecer a importância dos elementos que circulam as queixas, como a importância de um tratamento e a busca por direitos sociais, a formulação de Lacan (1973/1998, p. 49) que apresenta que o “dizer” é encoberto pelo “dito”, convoca-nos à necessidade de interpretá-las levando em consideração as noções de desejo e demanda trazidas pela teoria do autor.

Desse modo, questionamo-nos a respeito do apelo ao diagnóstico e o que esse discurso pode, na realidade, encobrir. Para discutir este “a mais”, investigamos 04 discursos – naquilo que se refere às suas queixas, apelos e demandas – de sujeitos com dores crônicas com ou sem o diagnóstico de fibromialgia, tendo como ponto de partida tudo o que foi discutido até aqui a respeito dessa enfermidade e seu impasse diagnóstico, bem como os estudos sobre a dor, sobre a problemática do reconhecimento, bem como sobre a dialética da demanda e do desejo.

Situamos, nesse sentido, que esta análise segue o rastro do nosso objetivo geral, visto que o material clínico encontrado nesses casos fornecem importantes elementos para apreender a discussão da demanda de reconhecimento da dor dos nos sujeitos em questão.

CAPÍTULO IV

Da queixa à demanda: questões do reconhecimento

“Não nos provoca o riso o amor quando chega ao mais profundo de sua viagem, ao mais alto de seu voo: no mais profundo, no mais alto, nos arranca gemidos e suspiros, vozes de dor, embora seja dor jubilosa, e pensando bem, não há nada de estranho nisso, porque nascer é uma alegria que dói. pequena morte, chamam na França a culminação do abraço, que ao quebrar-nos faz por juntar-nos, e perdendo-nos faz por encontrar-nos e acabando conosco nos principia. Pequena morte, dizem; mas grande, muito grande, haverá de ser, se ao nos matar, nos nasce”.

(Eduardo Galeano, O Livro dos Abraços)

Conforme trouxemos no início deste trabalho, a fibromialgia enquanto doença sem evidências revela um impasse diagnóstico que impõe uma problematização a respeito dos pressupostos do saber médico tradicional e abre espaço para importantes contribuições da clínica psicanalítica. Nesse sentido, identificamos a necessidade de uma maior articulação entre os saberes, o que continuaremos discutindo neste capítulo.

Em seguida, no capítulo II, avançamos nos estudos sobre a dor e identificamos que, visto a sua grande repercussão na vida de um sujeito, ela tem sido objeto de estudo ao longo do tempo por diversas áreas. Como vimos, nos últimos anos, diferentes especialidades do campo da saúde têm se dedicado ao tratamento deste fenômeno.

Já no capítulo seguinte, identificamos a problemática do reconhecimento da dor crônica e interrogamo-nos a respeito do apelo ao diagnóstico, comumente encontrado nos discursos de pessoas acometidas por essa enfermidade. Esse questionamento nos conduziu a um estudo sobre o conceito de demanda e desejo em Lacan, que serviu como base para as discussões do atual capítulo, no qual traçaremos o nosso percurso metodológico, com vistas a introduzir o trabalho de análise dos casos clínicos, neles destacando questões que remetem à demanda de reconhecimento e à relevância de uma clínica que favoreça a escuta da singularidade.

4.1 Percurso metodológico

A pesquisa em psicanálise se diferencia de outras abordagens metodológicas especialmente porque não se propõe a realizar uma inferência que tenha a pretensão de ser generalizadora, pois compreende que seus resultados podem se modificar à medida que novos sentidos são produzidos a partir do momento em que a pesquisa se torna pública.

Nesse sentido, opera na contramão de um racionalismo científico que atua sob lógicas deterministas e que está empenhado em generalizações. Ao contrário, compreende que a produção de conhecimento não pode excluir a subjetividade, mas reconhecê-la como parte constitutiva de qualquer discurso possível, incluindo o científico. Na travessia da “ciência clássica” para a ciência moderna, há um rompimento da ideia de que as pesquisas revelarão uma única verdade, abrindo-se para a ideia de que podemos alcançar uma verdade que será sempre não-toda.

Desse modo, admitimos que a pesquisa em psicanálise opera a partir da interpretação, pois aposta numa implicação do sujeito pesquisador e não em sua exclusão. De acordo com Iribarry (2003), o pesquisador psicanalítico é, assim, o primeiro sujeito da pesquisa, de modo que “admitir que não há uma implicação do pesquisador como sujeito seria absurdo, já que é pelo punho do pesquisador que uma contribuição conceitual vai se organizar durante o processo de pesquisa” (p. 122).

A observação no empenho de uma objetividade é parte importante de toda pesquisa, o que também deve ocorrer na investigação psicanalítica, pois é necessário ter atenção ao percurso metodológico. Contudo, é preciso reconhecer que os sentidos produzidos sempre dependerão “[...] da complementaridade subjetiva inerente a uma prática científica atrelada à cultura e ao sujeito, e no caso do pesquisador psicanalítico – *de sua experiência clínica*” (TAVARES; HASHIMOTO, 2013, p. 176). Desse modo, assumimos a instrumentalização da transferência na relação com aquilo que está sendo pesquisado, pois as indagações teóricas e o processo criativo durante a produção ocorrem, sobretudo, a partir da experiência do pesquisador como sujeito.

Nesse sentido, entendemos que é fundamental que o pesquisador se mantenha atento à importância de preservar a dimensão de enigma que as questões humanas propõem, pois é possível cair na armadilha de procurar dar conta de todas as interrogações do sujeito. Nessa perspectiva, Tavares e Hashimoto (2013) fazem uma reflexão a respeito da importância da noção de vazio para a clínica e para a pesquisa,

visto que a ciência clássica trabalha com uma noção de fechamento e conclusão – excluindo a subjetividade – ao passo que a psicanálise compreende que o vazio é parte do todo, por isso não deve ser foracuído.

No que concerne às linhas essenciais para a compreensão da pesquisa em psicanálise, Caon (*apud* IRIBARRY, 2003) sintetiza de forma profícua:

A característica essencial que singulariza o pesquisador psicanalítico é o campo, o objeto e o método de sua pesquisa. Este campo é o inconsciente. O objeto é o enfoque ou perspectiva a partir de uma posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico, a fim de aceder ao inconsciente. O método é o procedimento pelo qual ele se movimenta pelas vias ou perspectivas de acesso ao inconsciente (p.123).

Para avançar com a discussão a respeito da demanda de reconhecimento, este trabalho recorreu às falas de pessoas que vivenciam a dor crônica, pois é a partir da experiência singular de cada sujeito que podemos alcançar de modo mais substancial as questões relacionadas ao seu sofrimento e, no caso da fibromialgia, ao que se coloca como demanda para além da queixa. Conforme vimos, utilizamos os quatro (04) casos clínicos que foram objeto de estudo da dissertação “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, da autoria de Pauleska Asevedo Nobrega, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, em 2014.

Os casos trazidos por Nóbrega (2014) foram elaborados a partir de uma prática com pessoas diagnosticadas com fibromialgia e/ou portadores de dores crônicas entre 2011 e 2013, acompanhadas em um ambulatório que oferece serviço psicológico pelo Sistema Único de Saúde – SUS em Campina Grande – PB.

O trabalho traz importantes informações sobre as pacientes, incluindo o percurso clínico-institucional de cada uma delas, baseados nos prontuários dos setores de Medicina e Fisioterapia. Com base no material clínico, a pesquisadora relatou as histórias do sintoma ou queixa, um breve histórico do contexto familiar, indicativos da relação transferencial, aporte sobre o lugar do analista e até mesmo algumas observações referentes ao momento de aquiescência das participantes à pesquisa.

A dissertação de Nóbrega (2014) teve como objetivo geral problematizar a escuta analítica dos sintomas corporais da dor e o tratamento, refletindo os impasses da relação transferencial na clínica das fibromialgias num contexto institucional. Para isso, a autora discutiu a relação da ciência com a fibromialgia e problematizou a genealogia do corpo que dói na teoria psicanalítica.

Nóbrega (2014) faz um percurso pelas discussões a respeito da fibromialgia no campo médico frente aos pressupostos da clínica psicanalítica, atravessando o apogeu dos corpos na contemporaneidade. Com isso, problematiza o corpo doloroso a partir da teoria para, então, traçar o percurso metodológico que usou para a escuta dos casos trazidos.

A autora destacou a problemática da escuta do corpo que dói, ao considerar que a relação paciente/analista fica comprometida devido à forte vinculação desses pacientes com aqueles que os encaminharam ao setor de psicologia, geralmente médicos ou fisioterapeutas. Isso se demonstrou com uma exaltação do discurso médico, apresentando um caráter de autoridade quase inabalável e, desse modo, confrontando as expressões subjetivas. Nesse sentido, o trabalho identificou também um discurso de defesa contra à psicologização dos sintomas e ao caráter emocional que as dores demonstravam, em prol de uma legitimação de seus sintomas.

Compreendendo a importância do profissional *psi* para a equipe multidisciplinar e para o tratamento, foi identificada a necessidade de que a transferência seja viabilizada por toda a equipe, em se tratando de uma prática institucional. Desse modo, Nóbrega (2014) propôs que alguns atendimentos médicos e fisioterápicos pudessem ocorrer em conjunto com os profissionais das diversas áreas da instituição já na acolhida, favorecendo uma maior interlocução entre os saberes.

A autora problematizou também que a gratuidade do serviço, regra do Sistema Único de Saúde, pode ser um fator que interfira na implicação subjetiva do sujeito, e que, aliada a um desinvestimento de alguns profissionais da instituição, pode comprometer seriamente o tratamento do paciente. Destacou ainda que a gratuidade do serviço comporta a ideia de que quanto mais se usufrui dele, mais o usuário está sendo beneficiado financeiramente – o que pode ser atrativo para o sujeito.

Nóbrega (2014) conclui, então, que há um ganho inconsciente do paciente, em geral, em se manter doente. Também por isso, considera ser fundamental que os profissionais da instituição não consentam com a manutenção da doença, bem como não abram mão da reflexão do seu lugar na vida do paciente e, assim, operem em um não “despedaçamento institucional”, com um forte investimento no trabalho coletivo, favorecendo a transferência com os profissionais.

Apoiando-nos na meta-análise, utilizamos neste trabalho os casos apresentados pelo trabalho de Nóbrega (2014) para discuti-los a partir de outro foco metodológico e

com objetivos distintos. Este método, na realidade, vem sendo utilizado pela psicanálise desde Freud, sobretudo nos casos clínicos, ainda que não houvesse essa nomeação.

De acordo com Queiroz (2019), parte significativa das produções psicanalíticas é resultado de reinterpretação de textos já publicados, o que mostra a possibilidade plural de produção de sentidos em uma pesquisa. Desse modo, para auxiliar a discussão proposta por este trabalho, identificamos a meta-análise como um método investigativo de grande contribuição.

O método consiste, em síntese, em uma sistematização de dados encontrados nas produções científicas ou “numa re-análise dos dados de um trabalho com outro foco metodológico, ou teórico e se constitui em uma ferramenta importante para mostrar áreas onde a evidência disponível não se esgota, possibilitando assim novos estudos” (QUEIROZ, 2019, p.37). Segundo a autora:

O método de pesquisa psicanalítica seguido por Laplanche (1987) consiste justamente numa leitura histórica, crítica, problematizante e interpretativa dos textos psicanalíticos. O próprio trabalho de Lacan (1979), quando propõe um retorno a Freud, guarda esse espírito. Revisitar Freud não significa ficar preso à letra do texto, mas dele extrair novos sentidos capazes de engendrar novas proposições, como assim fizeram vários pós-freudianos. Seguir o espírito de Freud é seguir o caminho da inventividade sem negligenciar o rigor dos conceitos (QUEIROZ, 2019, p. 42).

Assim, continuamos em um método já conhecido pela psicanálise, em que novas produções de sentido são criadas, bem como novas interpretações das mais variadas manifestações humanas, o que faz esse método investigativo ser bem recomendado pelos pesquisadores que trabalham com a psicanálise (QUEIROZ, 2019). Ressaltamos também que a meta-análise valoriza a proposta de uma pesquisa, que é estar aberta a outras possibilidades de estudo, dando vida aos dados coletados e investigados.

Nessa direção, sua utilização contribui ainda na problematização do mito científico a respeito de um rigor metodológico que apresente garantias de uma infalibilidade da ciência. “Os estudos meta-analíticos de certo modo vêm contribuir para tirar da ciência essa aura de infalibilidade e realçar o princípio de refutabilidade (KAPLAN, 1972). E, nesse sentido, a psicanálise tem muito a contribuir” (QUEIROZ, 2019, p. 52).

Adiantamo-nos em expressar que nossa experiência com o método permitiu abrir para outros campos de análise o trabalho de Nóbrega (2014), visto que foram trabalhos com diferentes objetivos. Foi possível valorizar e dar realce à importância do espírito

científico que dá espaço e estimula a interdisciplinaridade, a reflexão responsável e a importância da singularidade.

No trabalho de Nóbrega (2014), deparamo-nos com uma vasta riqueza de detalhes sobre as pacientes durante seus atendimentos contendo importantes informações a respeito de suas experiências singulares com a dor. Com isso, fizemos uma leitura dos relatos, seguida de uma nova construção dos casos a partir daquilo que mais nos mobilizou e daquilo que interpretamos como sendo os elementos mais importantes para o atual trabalho.

Conforme Figueiredo (2004), a construção do caso clínico é uma reorganização do discurso do sujeito a partir dos elementos que “caem” sobre a nossa disponibilidade para colhê-los. O caso não é o sujeito, mas uma construção feita a partir dos elementos recolhidos no discurso e assim “também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer” (p. 79).

Vale ressaltar que a leitura desse “dizer” se dará a partir das impressões transferenciais do pesquisador, sempre atento ao desfile de significantes que o compõem, para que se possa identificá-los. Desse modo, semelhante à clínica, o pesquisador psicanalítico irá trabalhar com as falhas e os tropeços dos discursos, compreendendo que as manifestações inconscientes são o objeto da investigação psicanalítica.

É valendo-nos da noção de que todo *enunciado* traz uma *enunciação*, que nos debruçamos sobre o objeto de estudo desta dissertação. Desse modo, para apreender esse “dizer”, Souza (*apud* IRIBARRY, 2003) destaca a necessidade de que o pesquisador esteja disponível para “ler” aquilo que ele escuta, e justifica como isso deve ocorrer:

Primeiramente, pela particularidade da escuta analítica, que de forma alguma se trata do puro efeito sensorial de ouvir; trata-se efetivamente de leitura-escuta. Pois [...] se o material sonoro é dado no dito, sob a forma de palavras, de enunciados, a enunciação é uma leitura que busca encontrar o suporte mesmo do falar na relação analítica. Por isso a metáfora da leitura, pois é lendo na escuta que podemos sacar o ponto de um equívoco, de uma suspensão; ou seja, aquilo que desvela a própria enunciação (p. 126-127).

Assim, apresentaremos os casos clínicos reconstruídos, para avançar nas análises do discurso das pacientes entrevistadas. Então, discutiremos a demanda de reconhecimento em conforme identificamos nas falas e, em seguida, faremos algumas considerações gerais a respeito dos elementos que emergiram dos casos.

Visto que o trabalho de Nóbrega apresenta os casos identificando as pacientes com uma numeração (pacientes 01, 02, 03 e 04), optamos por utilizar nomes próprios fictícios – que em nada têm relação com os nomes verdadeiros das pacientes – para contribuir com a leitura e com a apreensão das informações dadas em cada um deles. Conheceremos agora os casos de Helena, Íris, Odete e Lêda.

4.2 (Re)construção dos casos clínicos

4.2.1 Caso 01 – A dor de Helena

Helena sentia uma dor na nuca que já estava durando mais de dois meses. Além das dores noturnas nessa parte do corpo, ela também sentia náuseas, mal-estar, tontura e ainda uma forte dor na região lombar, que também aparecia no período da noite. Depois de sentir por algum tempo todas essas dores, procurou um reumatologista que pudesse ajudá-la.

No histórico médico de Helena, ela já havia retirado um cisto da mama e feito uma amigdalectomia. Também teve uma pré-eclampsia, o que a fez perder um filho poucos dias após o seu nascimento. Todos esses acontecimentos ocorreram há mais de 10 anos.

No exame clínico para avaliar sua dor, apresentou 18 *tender points*, o que a fez receber a hipótese de um diagnóstico de fibromialgia. No mesmo ano, esse diagnóstico foi confirmado por outro médico. Meses depois, Helena começou a se queixar de dores nos pés e no ano seguinte seu quadro era de dores difusas. Além das dores, apresentava insônia, fadiga intensa durante o dia e arritmia agravada pelas atividades domésticas, mesmo utilizando medicamentos. Apresentou também dor contínua na região cervical posterior e um mal estar ao evacuar. Helena estava, realmente, em um cenário bastante doloroso.

Em dado momento, foi sugerido que Helena fizesse psicoterapia. Foi quando, através do encaminhamento do reumatologista da instituição, ela se dirigiu ao setor de psicologia.

As dores de Helena sempre a deixaram muito pensativa, e um dos pensamentos mais recorrentes era a perda de sua filha. Essa perda teve para ela um efeito muito forte,

pois não foi tão simples para ela conseguir engravidar, visto que ela era estéril e que só conseguiu gestar após um tratamento.

No entanto, algo que pode ser considerado intrigante aconteceu: Helena não seguiu as recomendações médicas que havia recebido. As orientações eram de repouso, mas ela chegou até a dispensar os atestados médicos que recebia para continuar trabalhando na loja em que era gerente. Relatava que se sentia bastante cobrada em seu trabalho e, além disso, tinha o objetivo de “dar exemplo” para os demais funcionários, continuando a trabalhar mesmo na situação em que se encontrava. A gravidez foi malsucedida e ela perdeu o filho.

Depois, Helena conseguiu engravidar novamente. Diferentemente da gravidez anterior, decidiu parar de trabalhar, não para ficar de repouso, mas para cuidar da casa e de sua família. Chegou a dizer em uma sessão que seu sonho era ser mãe: *“meu sonho era ser mãe, acho que a morte de minha filha tem a ver com meus sintomas. Minhas gravidezes sempre foram de risco, perder minha primeira filha foi muito difícil. Sofri de hemorragia e decidi fazer ligadura para não engravidar mais”* (NÓBREGA, 2014, p. 44).

Além desse evento, Helena também se referiu a dois momentos difíceis vivenciados por ela e que, em sua opinião, foram sofrimentos importantes em sua vida: o enfarte de seu marido e a doença de seu pai. Outra grande dificuldade alegada por ela é que se sentia constantemente incompreendida pela sua família, pois acreditava que eles não entendiam o porquê de ela não parar de realizar suas atividades, mesmo com as dores intensas que sentia. *“Eles não entendem que se eu parar eu vou me entregar e isso eu não quero que aconteça”* (NÓBREGA, 2014, p. 45).

Na primeira sessão com a psicóloga, Helena contou que já havia tido contato com outro profissional da área, mas que não continuou um processo psicoterápico por não ter aceitado que, em seu primeiro dia de atendimento, o psicólogo tenha dito que suas dores decorriam de sua insatisfação como dona de casa. Relatou, também, que os médicos não entravam em consenso sobre aquilo que diziam a respeito de seu sofrimento doloroso, mas estavam sempre de acordo que esses sofrimentos tinham relação com aspectos emocionais. Durante o período de tratamento, teve apenas uma falta. O motivo: dor.

Após o período de atendimento com a psicóloga, Helena chama atenção para a necessidade de haver maior conhecimento sobre a fibromialgia: *“acho que as pessoas deveriam fazer mais pesquisas sobre essa doença”* (NÓBREGA, 2014, p. 47). Nesse

momento, também corrigiu enfaticamente o relato que descrevia 14 pontos dolorosos pois, segundo ela, havia 18 pontos dolorosos em seu exame de palpação.

Helena tinha uma questão que para ela não era apenas importante, mas fundamental: “*Quero saber o que de fato a fibromialgia é, para saber o que será de mim no futuro*” (NÓBREGA, 2014, p. 45). A questão posta por Helena apela por um maior conhecimento sobre o diagnóstico da fibromialgia e, neste apelo, demonstra uma grande identificação com o mesmo, a ponto de relacionar o seu futuro com a compreensão do que seria a enfermidade.

4.2.2 Caso 2 - Íris dói

Íris tinha uma queixa principal: dores nas pernas e nos braços. Não conseguia se manter nem de pé e nem sentada, e por isso decidiu deixar o trabalho e a faculdade. No entanto, isso não ajudou, pois depois de deixar essas atividades, a dor se intensificou. Durante certo tempo, chegou a tomar alguns antidepressivos e, nesse período, observou uma melhora em suas dores.

A paciente já tinha chegado a ficar por cinco dias com os braços imobilizados buscando um alívio. Em seu exame de palpação, apresentou inúmeros pontos dolorosos pelo corpo. Foi, então, diagnosticada com fibromialgia por um reumatologista.

Depois disso, foi encaminhada pelo setor de fisioterapia para o setor de psicologia. Nas sessões, associava suas dores a fatores emocionais e trazia com frequência sua relação com o marido e as traições por parte dele: “*Não aguento mais as traições do meu marido*” (NÓBREGA, 2014, p. 48). No entanto, Íris dizia permanecer casada porque tinha filhas pequenas com ele. Chegou também a se questionar se ainda estava com ele por amor e complementou dizendo que passou 22 anos de sua vida trabalhando em bares e restaurantes: “*sempre estive com o sangue quente enquanto trabalhei, agora é como um grito de liberdade*” (NÓBREGA, 2014, p. 48). Em seu discurso, Íris demonstrava acreditar que seu marido e suas filhas dependiam dela.

A mãe de Íris era uma figura importante em sua história, protagonista de momentos difíceis em sua vida. Quando tinha 16 anos, seu pai morreu e sua mãe foi embora com um homem que havia conhecido, deixando-a com seus três irmãos. A partir desse momento, Íris tornou-se como que a responsável pelo irmão mais novo. A partida da mãe foi vivida com grande sofrimento, mas, com o passar do tempo, ela se

acostumou com a ausência materna e começou a naturalizar a distância e a falta que sentia.

Íris tinha muita dificuldade em sentir confiança nas pessoas, principalmente em seu próprio marido, cujas traições eram de seu conhecimento. Segundo ela, sua confiança foi sendo cada vez mais abalada devido a essas traições em seu relacionamento, as quais repercutiram em sua forma de ver algumas coisas. A paciente disse ter parado de trabalhar no ramo gastronômico porque sempre via mulheres com homens casados e, vendo aquelas cenas, lembrava daquilo que nunca havia esquecido: as traições de seu marido.

Íris fez poucas sessões. No momento de aquiescência da pesquisa de Nóbrega (2014), fez novos relatos descrevendo uma dor lhe “*comendo por dentro*” (p. 50). Disse ter sentido uma dor tão grande que se perguntou se teria algo grave como um câncer. Íris tentou descrever o que sentia no corpo, procurando colocar em palavras algo que se apresentava de modo confuso para ela, mas que interpretava e reconhecia como dor: “*é como se fosse uma ferida. Formam-se como nódulos no corpo, nós que preciso ficar massageando*” (NÓBREGA, 2014, p. 50).

Sobre os seus sintomas, Íris disse que, após emoções mais fortes, sejam de alegria ou de tristeza, vivencia uma dor “*insuportável*”. Deixa claro também que, para ela, as pessoas diagnosticadas com fibromialgia deveriam ser beneficiadas, pois sentem “*vontade de morrer*”, tamanha é a dor. Por isso não conseguem trabalhar nem fazer serviços domésticos.

4.2.3 Caso 03 – Odete, a concilia(dor)a

Odete tinha o plano de ser salva-vidas desde a infância, o que, para ela, era muito relacionado ao fato de seu pai ser bombeiro. Desde que entrou no corpo de bombeiros, Odete sofreu o que ela chamou de “vários crimes militares”, situações em que ela precisava ir além do seu limite físico, devido às ordens de seus superiores. Os danos físicos, no entanto, representavam para Odete mais do que sequelas dolorosas: representavam também a frustração de um sonho. Durante os testes para entrar no corpo de bombeiros, sentia dores, mas se questionava se aquilo seria apenas “manha”: “*quando estava passando pelos testes, apesar das dores eu só pensava na farda e ficava sem saber se era manha, se não era*” (NÓBREGA, 2014, p. 51). Odete tinha

dificuldade de reconhecer a dor que sentia, mas não somente ela, pois os oficiais acreditavam que suas dores eram um exagero, ou, como ela dizia, “manha”.

Odete tinha uma forte dor na coluna. Depois de um tempo sentindo dor, foi diagnosticada com fibromialgia e hérnia, o que dificultava sua locomoção, além de ter uma hipersensibilidade em sua perna. Comentou que, logo após uma lombalgia, continuou fazendo suas atividades físicas dentro do corpo de bombeiros, ignorando o atestado médico que havia recebido.

Em dado momento, o esposo de Odete entrou em contato com a psicóloga, dizendo que o estado de sua esposa estava atrapalhando sua relação conjugal: “*ela está no limite e prejudicando a nossa relação*” (NÓBREGA, 2014, p. 51). Odete se revoltou por entender que tinha responsabilidade sobre as dores que sentia, já que, mesmo em situação de dor, costumava ignorá-la e continuava fazendo esforços que não eram aconselhados para pessoas em sua situação: “*fico revoltada pelo fato de estar assim por ter sido de propósito*” (NÓBREGA, 2014, p. 51).

Odete se submeteu inúmeras vezes a atividades as quais se via limitada a fazer. Mas, segundo ela, “*era uma ordem*”; “*os superiores estão para coordenar e os soldados para obedecer*”; e, ainda, “*diante da ordem é proibido furar e qualquer expressão é tratada com punição, castigo ou manha*” (NÓBREGA, 2014, p. 52). Odete se sentia visada por ser mulher em um ambiente fortemente masculino, e acreditava sofrer por isso. Via-se com frequência em situações delicadas.

Depois de algumas sessões, ela continuava a falar sobre suas inúmeras dores, tendo se referido, mais uma vez, ao diagnóstico de fibromialgia como sendo a explicação para as suas dores intensas e diárias. Depois de um tempo, apesar de continuar seu trabalho com a fisioterapia, suas dores se intensificaram ainda mais.

Odete falava sobre ter um encantamento por ajudar as pessoas ao seu redor. Para ela, era algo muito natural, que sentia como inato. “*Sempre tive um instinto, por isso queria ser socorrista, eu gosto de poder amenizar os problemas das pessoas*” (NÓBREGA, 2014, p. 53). Odete era chamada de “*conciliadora*” pelos amigos e familiares e, por isso, não era incomum que a qualquer sinal de conflito na família telefonassem para ela. Tinha vergonha de quando as pessoas agradeciam pela sua contribuição, pois dizia não estar habituada a ter o reconhecimento das pessoas: “*não estou acostumada a ser reconhecida*” (NÓBREGA, 2014, p. 53).

Odete também fez questão de relatar como foi “*abandonada*” pelos melhores ortopedistas da cidade que, segundo ela, disseram-lhe que ela apresentava tais sintomas

devido ao seu “psicológico”. É curioso notar que ela tenha sido “abandonada” pelos médicos ortopedistas sob o argumento de que o que ela sentia teria origem nas emoções, como se isso deslegitimasse o sofrimento doloroso físico da paciente.

4.2.4. Caso 04 – Dor, a companhia de Lêda

Lêda sentia fortes dores há algum tempo e por isso buscou um médico. Fez tomografias e outros exames, mas nada foi encontrado que justificasse suas dores. Além disso, ela tinha hérnia de disco, hipertensão, um desvio escoliótico à esquerda e uma dor na perna direita que já durava mais de 8 meses.

Foi, então, encaminhada à fisioterapia, fez as atividades recomendadas, mas começou a queixar-se de dores na lombar e apresentou dores à palpação na região sacroílica. Após uma cirurgia na coluna, Lêda relatou dores abaixo da costela e retornou ao médico, quando foi conduzida a fazer um bloqueio, procedimento de punção e infiltração de medicação no alvo da dor através de agulha.

Em dado momento, Lêda assumiu que suas primeiras crises de hérnia haviam começado após a morte de sua mãe adotiva, mesmo período em que percebeu uma mudança no comportamento de seu marido. Durante este período, foi encaminhada ao setor de psicologia da instituição, com indicação de “*dor psicossomática*”.

Lêda tinha medo de morrer. Não aceitava sair com ninguém, menos ainda com seu marido, do qual tinha mágoas e se considerava uma pessoa “*carente*”. Já havia feito sete cirurgias e se sentia traumatizada, alegando ter medo de depender dos outros.

A mãe biológica de Lêda a deixou quando tinha 6 meses de idade. Traiu seu pai e foi embora com outro homem, deixando-a com seus dois irmãos. Foi quando toda a sua família, incluindo seu pai, foi adotada por uma senhora caridosa. Sobre essa mulher, que faleceu quando Lêda tinha 24 anos, ela conta que era uma pessoa muito importante para ela: “*era tudo para mim, me sinto muito só*” (NÓBREGA, 2014, p. 54).

Seu pai era doente, sofria de epilepsia e transtornos mentais. Um dia, ao ter uma crise, machucou a vizinha, furando-a, o que o levou a ser internado em um hospital psiquiátrico. Lá, ele suicidou-se por enforcamento.

Lêda era casada há 28 anos e seu marido nunca quis ter filho porque alegava que “*a casa não tinha espaço suficiente*” (NÓBREGA, 2014, p. 55). Um dia ela chegou a fingir que estava grávida para ver sua reação, e sua postura foi de que ou ela abortava ou

ele sairia de casa. Chegou às sessões queixando-se de que, certamente, precisaria de ajuda para se preparar psicologicamente para se separar do marido.

Em uma sessão, Lêda afirmou ter esperado um abraço de seu médico em uma consulta. Contou que também esperou o abraço de sua mãe biológica, mas que também não teve. Ao final, ela se dirigiu para dar um “*cheiro*” na analista.

Quando sua mãe foi embora, ficou desnutrida e sem leite materno, até que “*me deram leite de jumenta que meu pai possuía para eu ficar boa*” (NÓBREGA, 2014, p. 56). Lêda se perguntava por que sua mãe a abandonou, mas ao mesmo tempo dizia sempre procurar esquecer o pensamento.

Lêda estava no limite em relação a sua situação com o marido. Ele estava bebendo muito e por isso a paciente passou a ter medo de ter relações sexuais com ele, chegando em dado momento a negá-las definitivamente. Além disso, seu marido dizia que ela estava nessa situação porque queria. Pensou, aí, em ter coragem para acabar o casamento.

Em uma das sessões, Lêda chorou porque sentia como se estivesse regredindo em seu tratamento, e por isso pensava em deixá-lo. Várias vezes, afirmou que não aguentava mais e que não queria depender de ninguém, mas tinha dificuldade para sair da situação em que se encontrava.

Em dado momento, Lêda colocou em sessão que sua dor teria função de refúgio e que se utilizava dela para “*não sair*”. A partir de então, muitas coisas aconteceram em sua vida. A situação com o marido se fez e refez e uma reaproximação, juntamente com outros eventos importantes, aconteceu. Mas o discurso “*não sei o que fazer, a dor não passa*” (NÓBREGA, 2014, p. 60) continuou presente e forte em sua vida.

Também continuou tendo dificuldade pelo fato de que as pessoas ao seu redor não reconheciam aquilo que ela vivia. “*O povo diz que é coisa da minha cabeça*”, o que a fazia afirmar, com ainda mais ênfase, “*eu sinto mesmo essa dor*” (NÓBREGA, 2014, p. 60), quase como um grito que busca ser escutado pelo outro que duvida.

Lêda repetia o discurso de que tinha medo de depender dos outros. Em uma das vezes em que disse isso, pontuou que “*o medo surge primeiro que a dor*” (NÓBREGA, 2014, p. 61), e completou a frase dizendo que não gostava de ficar sozinha, pois era muito insegura. Depois disso, ela voltava a dizer que as pessoas ao seu redor pensavam que as suas dores decorriam de fatores psicológicos: “*dizem que é coisa de doido, pensam que eu estou inventando a dor*” (NÓBREGA, 2014, p. 61), o que a fazia acreditar que as pessoas pensavam que ela não seria de carne e osso como as demais,

mas de ferro. Em sua fala, ela deixava clara sua indignação e insatisfação com a dificuldade em ser validada em seu sofrimento.

Mesmo depois de um tempo, Lêda continuou sentindo dores e visitando médicos. Permaneceu passando por diversas intervenções que lhe faziam sentir que queria desistir de tudo. Ainda com medicamentos, as dores persistiram, e isso motivou a fisioterapeuta a lhe dar algumas sessões de presente; as quais, no entanto, foram recusadas por Lêda, que afirmou: “*tenho a sensação de que incomodo os outros*” (NÓBREGA, 2014, p. 63). Depois de um tempo, Lêda descobriu novas hérnias, o que ela usou como argumento para interromper as sessões.

A partir dos casos Helena, Odete, Íris e Lêda, é possível identificar aspectos importantes sobre a experiência que cada uma delas faz e tem com a dor, bem como o modo com que se relacionam com ela, e ainda, a função que esta dor pode ter para cada paciente. Nesse sentido, propusemo-nos a discutir e investigar em suas queixas o apelo ao Outro em relação à sua dor, dando indícios de que esse apelo dá suporte à uma demanda de reconhecimento que se sustenta subjacente a esse apelo.

Os casos dão consistência àquilo que foi discutido no segundo capítulo a respeito da singularidade da dor, demonstrando que, apesar de estarmos tratando de um fenômeno universal – parte inerente à vida humana –, é única a forma com que cada sujeito irá se haver com ela. Nesse sentido, tal como propõe a psicanálise, identificamos formas particulares de experienciar a dor. Ao longo dos casos, é possível encontrar diferentes funções para a dor: dentre outras, ela aparece como tendo uma função de “refúgio”; também como um escudo protetor e como trauma, emergindo elementos vinculados a sofrimentos importantes vividos pelo sujeito, mas que por distintas razões não puderam ser elaborados.

Aparecem também, de modo curioso, certas questões em relação à legitimação da dor pelo próprio sujeito que sofre com ela. Enquanto Lêda afirma sentir dor e, com empenho, procura ser ouvida afirmando “eu sinto mesmo essa dor”, Odete se questiona sobre aquilo que sente, buscando entender se a dor é ou não “manha”. Enquanto isso, Íris procura entender o que vive no corpo, chegando a descrever seus afetos e aquilo que interpreta como dor; diferentemente de Helena, que, já identificada à dor, buscava conhecer mais seu diagnóstico para compreender como será o seu futuro.

Com efeito, podemos reiterar a singularidade da dor, visto que cada experiência fala de uma história vivida de modo único, influenciada por uma série de fatores que fazem parte da vida de cada uma dessas mulheres. Também é verdade que alguns

aspectos trazidos pelos diferentes casos por vezes mostram algumas possibilidades de convergências, de modo que nossa análise seguiu o rastro dos elementos que se entrecruzaram no discurso das quatro pacientes.

4.3 Análise dos casos

A teoria psicanalítica de Freud e Lacan, bem como as construções teóricas de outros autores que, a partir deles, desenvolveram importantes investigações, foram a fundamentação para a análise dos casos aqui apresentados. Nesse sentido, propusemo-nos a discuti-los a partir dos conceitos e noções apresentados ao longo deste trabalho, sobretudo no que se refere às noções de dor, demanda e corpo pulsional.

Nessa direção, a análise de cada caso foi realizada sob a égide que norteia a clínica psicanalítica, levando em conta as formações do inconsciente, a ética do desejo e a premissa da singularidade. Os casos foram analisados a partir do discurso das pacientes e na perspectiva apresentada por elas em suas interpretações.

Conforme vimos, os quatro casos apresentam a vida de pessoas que sofrem intensamente com dores crônicas. Ao “escutar” um pouco sobre a vida de Helena, Odete, Íris e Lêda, conhecemos um cotidiano atravessado por angústias que se misturam às suas dores físicas “sem explicação”, o que chama ainda mais atenção para esses casos.

A dor tem lugar central em suas histórias e parece nortear o estilo de vida de cada uma das pacientes, seja vivendo um processo de recusa dessa dor, seja reconhecendo nela um meio de alcançar o lugar desejado, entre outras possibilidades. Além de apresentarem queixas que demonstram algumas convergências, é possível observar que alguns significantes se repetem, aparecendo mais de uma vez. Palavras como *medo*, *traição* e *abandono* surgem como significantes importantes, os quais, em algumas formulações, parecem participar de modo significativo das experiências de dor vividas pelas pacientes.

O significante *abandono*, por exemplo, é relatado em dois dos casos em relação à figura materna. Apesar de não ser apresentado nas queixas como uma experiência relacionada ao surgimento da dor, o abandono não deixa de ser mencionado em relatos que se referem prioritariamente ao sofrimento doloroso. Seria a dor, ou o apelo ao

diagnóstico, formas de manifestar ou de endereçar uma demanda de reconhecimento – demanda de amor – ao Outro?

Em nenhuma das falas, a dor é citada como um fenômeno isolado de outras experiências, o que demonstra que as pacientes parecem supor, ou acreditar, que suas dores têm relações com aspectos subjetivos. No caso de Íris, ela afirma claramente que, depois de sentir emoções mais intensas, sejam elas de alegria ou de tristeza, sente uma dor “*insuportável*”. Ao mesmo tempo, Lêda, que repete com frequência seu “medo” de atrapalhar as pessoas ao seu redor, faz uma experiência tão intensa com essa emoção que chega a afirmar que “*o medo vem antes da dor*”.

Outros pontos importantes que emergem nas falas das pacientes estão relacionados àquilo que poderíamos chamar de “função da dor”. O relato de Íris se destaca porque expressa de forma direta algo que pode dar pistas sobre essa função. Ao falar sobre sua experiência com a dor crônica, a paciente diz “*sempre estive com o sangue quente enquanto trabalhei, agora é como um grito de liberdade*”. A dor, nesse caso, parece ter função de alforria, de liberdade.

Lêda, depois de relatar suas dificuldades no casamento e lembrar seus impasses com a atitude de sua mãe em abandoná-la, afirma expressamente que sua dor tem uma função. Segundo seu discurso, sua dor serviria como um refúgio, função que a autorizava a “não sair”. Não sair de onde? Não sair para onde? São algumas das indagações que podem ser feitas a partir de sua fala.

Não é possível passar despercebido também por outros significantes que se impõem no discurso das pacientes. Odete faz questão de falar sobre seu papel dentro de sua família, onde normalmente faz a mediação entre as partes que pensam de modos diferentes, sendo ela, com frequência, a pessoa para quem os familiares ligam para conciliar os conflitos. Odete se vê como a “conciliadora”. Apesar de não aparecerem nos relatos outros aspectos que contribuam na discussão deste ponto, consideramos importante chamar atenção para certas posições que podem, sim, estar sustentadas em significantes como o que Odete se utiliza para se definir, o qual, em seu seio, reúne o significante *dor*.

Todos os elementos apresentados emergem nas falas como aspectos passíveis de investigação e aprofundamento; no entanto, visaremos aprofundar aqueles que estão mais intimamente ligados aos objetivos deste trabalho, no que concerne à problematização da nossa hipótese de que, nas queixas das pacientes, se inscrevem apelos que servem como suporte de uma demanda de reconhecimento.

Nesse sentido, a construção “não estou acostumada a ser reconhecida”, apresentada por Odete, abre porta para que possamos, a partir de agora, analisar e problematizar algumas das queixas apresentadas pelas pacientes em seus discursos e que demonstram estar intimamente ligadas a uma demanda de reconhecimento.

Conforme citamos anteriormente, foi possível observar no discurso das pacientes queixas e apelos, os quais deixaram entrever, nas entrelinhas, algo da enunciação do sujeito que aponta para uma demanda de reconhecimento. Propomos, nesse sentido, uma leitura, dentre outras possíveis, que aponta para três formas de expressão da demanda de reconhecimento, a qual carrega em seu bojo uma demanda de amor, de presentificação do Outro. Em alguns momentos a demanda aparece como sendo uma busca do sujeito pelo reconhecimento do outro ao seu redor, sobre sua dor como algo legítimo e que existe; em outros, é possível identificar uma intensa procura pelo reconhecimento do Outro da ciência, representado pela medicina, que pode ou não validar aquele sofrimento com um diagnóstico, dando-lhe, portanto, um estatuto de doença; e ainda, também observamos uma busca pelo reconhecimento do próprio sujeito em relação àquilo que ele mesmo sente.

Nessa direção, abordaremos a seguir cada uma dessas formas de manifestação da demanda de reconhecimento através de tópicos que intitulamos utilizando as palavras das próprias pacientes, que de algum modo sintetizam algumas expressões que podem ser consideradas convergentes no que se refere à demanda. Iniciaremos, então, com “Eles não entendem”, seguido do tópico “Quero saber o que de fato a fibromialgia é, para saber o que será de mim no futuro” e por fim, “É como se fosse uma ferida”, para então continuarmos as análises com algumas outras questões importantes que emergem dos casos e que vão na direção de uma clínica do sujeito, no tópico “A clínica do particular: uma convocação da dor”.

4.3.1 “Eles não entendem”

Uma das principais queixas apresentadas pelas pacientes é a de que as pessoas ao seu redor não entendem aquilo que elas estão dizendo. O sentimento que se repete em cada uma das queixas apresentadas é o de que existe uma dificuldade dos familiares, colegas de trabalho e amigos em assimilarem o seu sofrimento. Essa questão retoma a nossa discussão a respeito de dores que estejam relacionadas ao psiquismo, o que indica uma dificuldade em entenderem que o sujeito possa ter uma dor sem lesão.

É verdade que podemos chamar atenção aqui para o fato de que dificilmente aquele que sofre acredita que o outro irá compreender o seu sofrimento tal qual ele é. E isso faz sentido, já que cada um experimenta os afetos a partir de vivências singulares, visto que “a minha dor é uma dor só minha” (ROCHA, 2011, p. 595). No entanto, no caso de pessoas com dor crônica sem lesão orgânica ou sinal de disfunção, com ou sem o diagnóstico da fibromialgia, essa experiência parece contar com um desafio a mais, pois está relacionada a uma sensação corporal, e a compreensão dominante que se tem sobre o corpo é de uma perspectiva biológica.

Ou seja, se se compreende o corpo a partir de uma leitura estritamente fisiológica, não identificar nele motivo para sofrimento é, de certa forma, atestar que as dores vividas por essas mulheres não existem. Conforme vimos, a situação dessas pacientes remete ao que as histéricas passavam frente ao campo médico no século XIX, quando eram tratadas com desdém e resistência (SLOMPO; BERNARDINO, 2006). Frequentemente, seus sintomas corporais eram tratados como inexistentes, visto que os instrumentos tradicionais da medicina não detectavam uma causa para eles.

Não por acaso, fora do campo psicanalítico, a palavra “histeria” assumiu uma conotação de exagero ou descontrole, sendo frequentemente invocada como adjetivo em situações onde pessoas são julgadas por terem passado dos limites ou por terem exprimido em excesso alguma emoção. Nessa direção, o sonoro “eles não entendem” de Helena demarca o ponto de partida desses casos. O empenho das pacientes fibromiálgicas não parece ser apenas uma busca pela descoberta da causa de seu sofrimento, como ocorre nas enfermidades em geral; pois, antes disso, é preciso reivindicar o reconhecimento de sua existência.

Ainda que não seja esse o *enunciado* dos discursos apresentados, é possível apostar nessa hipótese a partir de outros elementos. Helena faz questão de demarcar enfaticamente para a pesquisadora que, no exame dos *tender points*, não foram encontrados apenas 14 pontos dolorosos, mas 18. Sua demarcação poderia ser analisada como uma simples correção, no entanto, a forma com que a paciente se utiliza para deixar isso claro, contribui para que possamos pontuar que sua enfática correção carrega um apelo para o fato de que seu sofrimento tem um tamanho, e que não pode ser reduzido pelo Outro.

Helena, em sua correção, demarca que seu sofrimento não somente existe, como é significativo para ela, o que demonstra ser também uma resposta ao modo como o Outro se relaciona com a intensidade de sua dor.

Frequentemente, pessoas com o diagnóstico da fibromialgia precisam lidar com certa desvalorização da sua enfermidade. É comum a presença de um discurso que até diz acreditar no sofrimento, mas o deslegitima insinuando que ele não tem intensidade suficiente para interferir no cotidiano da pessoa com dor. No caso de Odete, sua experiência no corpo de bombeiros demonstra que os oficiais, seus colegas de trabalho, se portavam com desdém em relação à sua dor.

Odete convivia frequentemente com a insinuação de que sua dor não era tão intensa, ou que se tratava de “manha”, como a paciente costumava dizer. Isso se manifestava, por exemplo, na atitude de seus superiores que lhe colocavam atividades mais pesadas do que aquilo que ela poderia suportar, em se tratando de suas dores corporais. Nesse sentido, podemos identificar uma resistência em tratar como válida a sua dor, e por que não dizer, o seu discurso – que, sendo ignorado, opera numa deslegitimação da verdade de sua dor.

Na mesma direção, Odete também se deparou com outras situações em que seu discurso a respeito da dor encontrou resistências em ser legitimado. Frente aos sintomas significativos com os quais a paciente passou a conviver, iniciou-se uma busca incessante por especialidades médicas que pudessem trazer respostas às suas dores. O que ocorreu, no entanto, foi que Odete foi “abandonada”, conforme suas próprias palavras, pelos melhores ortopedistas de sua cidade, com a justificativa de que seus sintomas eram psicológicos.

A experiência de Odete revela a forma com que é encarada a relação entre o psíquico e o orgânico, demonstrando a percepção de uma cisão entre os aspectos, que tem grande espaço no campo médico e que já foi questionada neste trabalho. Sua fala atesta, de modo significativo, quão prejudicial esta cisão pode ser no tratamento de enfermidades corporais como a fibromialgia, levantando o seguinte questionamento: se a dor corporal estiver relacionada a aspectos subjetivos, ela não pode, então, ser validada em sua dimensão orgânica?

A insistência em lidar com a dor como se houvesse uma cisão entre sua natureza orgânica e psíquica também pode ser observada a partir dos relatos de Lêda. A paciente diz escutar com frequência falas que insinuam que suas dores são de ordem psicopatológica e, ainda, que, na realidade, ela está inventando a dor, conforme suas próprias palavras: “*dizem que é coisa de doido, pensam que eu estou inventando a dor*”.

Tanto a associação a uma psicopatologia, como a referência a uma invenção da dor, são manifestações que apresentam um discurso de não reconhecimento do seu

sofrimento doloroso. Ao assinalarem a dor como “coisa de doido”, observamos um estigma sobre os transtornos de ordem psíquica, como se fossem menos legítimos, além de uma noção positivista de normal e patológico, chamando de “loucura” algo que escapa às formas de controle socialmente estabelecidas. Tal modelo foi abandonado desde Freud, quando identificou que o desequilíbrio é algo inerente ao sujeito. Em relação à afirmação de que “pensam que estou inventando a dor”, mais uma vez nos deparamos com a dificuldade de reconhecimento.

Ao tratar a problemática da histeria, Mendes (2009) chama atenção para o fato de que um comportamento comum em relação às mulheres históricas era o de argumentar que aqueles sintomas se tratavam de uma simulação. Frente à dificuldade em lidar com a falta de explicação, o “abandono” daquela expressão dolorosa como verdadeira aparece novamente como *uma saída*.

A fala de Lêda aparece como um “grito” de alguém que não é reconhecido em uma experiência que tem lugar central em sua vida. Queixar-se daquilo que o outro alega como uma invenção parece demonstrar que o sofrimento se complexifica ainda mais, visto que, além de ele já existir como dor, parece ainda precisar ser reconhecido como tal. Não ter a dor reconhecida comporta um sofrimento que se torna ainda mais intenso e desorganizador.

Nesse sentido, a busca pelo reconhecimento do seu sofrimento pelo outro, mas também pelo Outro, não acontece à toa, pois a percepção desse outro tem toda relação com o próprio reconhecimento intersubjetivo. De acordo com Dunker (2015), o sofrimento é algo que se experiencia de modo partilhado e “é função direta dos atos de reconhecimento que o determinam como tal” (p. 24). Nessa mesma direção, Maillard, Gillot e Nizard (2017) assinalam que “O sujeito definido como estando em falta em relação a seu ser (em falta-a-ser), encontra-se necessariamente em busca de um Outro que viria autenticar e sustentar sua frágil existência” (p.24). Desse modo, é possível propor que tudo aquilo que o sujeito vive e diz é sempre para um outro.

Isso significa que os discursos com os quais se convive em relação ao sofrimento têm papel fundamental no modo de viver a dor. Maillard, Gillot e Nizard (2017) sublinham que é a dimensão do Outro que dá sentido ao que o sujeito vive em seu corpo e, desse modo, o reconhecimento tem uma importância constitutiva na clínica da dor, um lugar de sustentação enquanto dimensão subjetiva. Assim, se o sujeito é convocado

a conviver com a desconfiança ou descrédito do outro/Outro sobre a sua própria dor, isso tem influências importantes na sua experiência dolorosa.

A fala “eu sinto mesmo essa dor” de Lêda vem com tom de protesto em relação a uma confirmação daquilo que a paciente sente. A falta do reconhecimento do Outro não aparece como algo sem consequências para o sujeito, sendo demarcado pelo relato da paciente. Com efeito, é possível afirmar que a estreita relação com o psiquismo, no caso da dor, aparece como uma resistência no momento de reconhecê-la, sobretudo porque ela está na fronteira com o organismo e aparece no corpo – amplamente interpretado em sua dimensão biológica, e não em sua dimensão pulsional, conforme propomos.

É curioso observar, inclusive, que as queixas em relação à falta deste reconhecimento terminam por aparecer com mais frequência e ter mais espaço nas falas do que as queixas relativas ao tratamento e à cura da enfermidade, o que demonstra a importância que o sujeito dá a essa legitimação. Nesse sentido, Formiga (2010), ao assinalar a visão que o campo médico tem sobre a dor, defende que em alguns casos ao paciente parece interessar mais ser acreditado do que propriamente curado de sua dor.

Dunker (2015), ao introduzir sua discussão sobre mal-estar, sofrimento e sintoma, evoca histórias a respeito das vivências de soldados durante a Primeira Guerra Mundial. Cita um recorrente pesadelo de primo Lévi, que consegue apresentar de modo claro uma significativa relação entre o sofrimento e o reconhecimento. Primo Lévi sobreviveu aos extermínios dos campos de concentração, e, depois de voltar para casa, um mesmo sonho o habitava repetidamente.

Ele estava em casa, finalmente em casa, e na hora do jantar começava a falar sobre a experiência em Auschwitz. E, para sua surpresa, os outros começavam a bocejar e levantar-se sem cerimônia da mesa. O pesadelo de não ter seu sofrimento reconhecido é proporcional à dificuldade de nomeação do mal-estar (DUNKER, 2015, p. 25).

O relato da história do sonho demonstra e reforça o lugar importante que o reconhecimento do sofrimento tem para o sujeito. De acordo com o autor, o sofrimento é uma experiência coletiva e compartilhada e, por isso, afirma que os atos de reconhecer ou desconhecer o sofrimento tem o potencial de transformar a experiência real do sujeito.

Nesse sentido, retomamos a noção de que a dor crônica tem um caráter de fronteira entre o psíquico e o orgânico, pois partir dessa premissa transforma de modo significativo a interpretação dos fenômenos relacionados a ela. Segundo Minatti (2012),

não é tão simples para o campo médico se relacionar com essa realidade. “Sem o edema, ou sinal visível, a equipe médica lida com algo subjetivo, ponto de angústia, do qual se tenta distanciar, encaminhando-o a outras especialidades, ou duvidando da dor, por exemplo” (MINATTI, 2012, p. 827).

A formulação trazida pela autora ecoa no relato de Odete, quando afirma que havia sido abandonada pelos ortopedistas de sua cidade com a alegação de que se tratava de algo “psicológico”. Essa conduta, além de também demonstrar o estigma da psicopatologia, demarca a dificuldade do campo médico em lidar com um fenômeno multifacetado como a dor. É verdade que a dimensão psíquica se faz presente no fenômeno doloroso, no entanto, esta realidade não anula a dimensão corporal da enfermidade, ao contrário, faz-se necessário reconhecer a realidade múltipla da dor⁸.

Conforme vimos, a dor aguda pode indicar as informações necessárias para a elaboração de um diagnóstico, enquanto a dor crônica pode dizer respeito a uma série de outros aspectos vividos pelo sujeito. Sobre a realidade da dor, Garcia-Roza (1995) tece uma importante formulação:

É curioso que em nenhum momento Freud afirme que a origem da pulsão é “o corpo”, isto é, uma totalidade organizada, mas sim que a pulsão tem sua origem num “processo somático”, numa “parte do corpo”, num “órgão” etc., não importando qual a relação que as várias “partes” mantêm entre si ou com a totalidade do organismo. A ordem e a inteligibilidade desse corpo não importam, elas não são pertinentes quando se trata de produzir uma inteligibilidade para as pulsões. Com isto Freud não pretende desqualificar o discurso biológico sobre o corpo, mas apenas colocá-lo entre parênteses ao construir o discurso psicanalítico (p. 86).

A dor, em sua singularidade, não se limita ao anatômico e ao fisiológico, ao contrário, sua subjetividade se sobrepõe à objetividade do campo médico. Propomos, nessa direção, um reconhecimento de que o caráter psíquico da dor não desqualifica o saber científico, mas sem resistências, precisa ser admitido na noção de corpo que será trabalhada nos diferentes campos de conhecimento. Assumir a dor como fenômeno de fronteira, conforme proposto por Freud, será de grande contribuição para os avanços nos tratamentos da dor crônica, em especial, da fibromialgia.

Os casos parecem fazer esse apelo através das falas das pacientes, mas também de suas dores. O grito “Eles não entendem” pode indicar um complemento: “que eu possa ter uma dor sem lesão”, pois parece ser esse o protesto e a queixa presente nos

⁸ Esta noção foi mais amplamente discutida no capítulo II, no tópico “Uma reflexão psicanalítica sobre dor”.

discursos. Lidar com a deslegitimação que desfila por significantes como “simulação”, “histeria” – no senso comum da palavra –, “inventando” e “coisa de doido” sustentam uma posição violenta em relação à dor, e certamente não opera na cura desses fenômenos.

Refletir sobre isso, no entanto, também contribui com a nossa hipótese de que as pacientes demandam reconhecimento quando se queixam sobre a incompreensão do Outro. Isso pode ser bem observado também em sua cadeia significativa, quando apresentam, algumas vezes, a palavra “abandono” em sua fala sobre a dor, o que nos remete diretamente à noção de demanda de amor descrita por Lacan, quando o autor assinala que a demanda almeja a presentificação do Outro, ou seja, o seu próprio ser.

4.3.2 “Quero saber o que de fato a fibromialgia é, para saber o que será de mim no futuro”.

É comum, nos casos de pessoas com enfermidades corporais como a fibromialgia, que haja uma forte identificação do sujeito com a dor. Na direção do que Freud pontua sobre o Eu, afirmando que ele “é antes de tudo corporal” (1923/2011, p. 32), as experiências do corpo demonstram ser de grande importância para o sujeito, sobretudo no que diz respeito à sua dimensão narcísica. Como já foi explanado anteriormente, diante da dor física, o sujeito tende a voltar suas energias para seu próprio sofrimento, chegando a retirar seus investimentos de objetos que não dizem respeito a ele.

Dessa forma, o sujeito tem uma tendência a voltar-se para a dor, identificando-se com ela. Esse fenômeno pode ser observado na fala de Helena, quando afirma querer saber o que é a fibromialgia para que, então, possa saber o que será dela mesma no futuro. Para Maillard, Gillot e Nizard (2017), a dor pode ocupar um grande espaço e conduzir o sujeito a se definir na relação com ela, como podemos supor a partir da fala de Helena. Conforme os autores, o sujeito se torna “então, fixado e representado por um significante tal como lombálgico, fibromiálgico, algodistrófico. Paradoxo da representação significativa que faz parar a busca identitária e fixa os contornos de uma ilusão de identidade” (p. 27).

A identificação à dor pode ter uma influência marcante sobre a vida da pessoa, tendo repercussões diretas no modo de lidar com a doença e com seu tratamento. Segundo Maillard, Gillot e Nizard (2017), o sujeito paga o preço de uma redução

subjetiva e um enquistamento de suas potencialidades, o que parece viável para o neurótico, visto que este vivencia uma constante busca por uma identidade estável. Dessa forma, a fibromialgia, que poderia ser via de interpretação para outros sintomas, pode terminar por tamponar outras demandas, se o sujeito estiver fixado ao diagnóstico e identificado a ele.

Em outra fala, Helena faz um apelo ao Outro da ciência: “*acho que as pessoas deveriam fazer mais pesquisas sobre essa doença*”. Nessa fala, a paciente parece endereçar um pedido aos profissionais do campo médico, no sentido de que trabalhem em direção a um maior conhecimento a respeito da fibromialgia. Ou seria um maior reconhecimento de sua dor, seguindo na direção de uma identificação importante de Helena ao seu diagnóstico?

Dentre algumas possibilidades, observamos que o discurso de Helena apresenta, através do apelo a um maior conhecimento da doença, uma demanda endereçada ao Outro da ciência e, nesse sentido, observamos dois aspectos que se destacam em relação aos demais. Primeiramente, identificamos que, nesse apelo, parece situar-se uma demanda de maior conhecimento da fibromialgia e nele, ela parece dizer que está interessada em compreender do que se trata sua doença, suas causas e o seu prognóstico. O segundo aspecto é a identificação com a doença, que ela demarca quando diz que quer conhecer mais a doença “para saber o que será de mim no futuro”. Nesse discurso, encontramos uma associação que demonstra um vínculo essencial entre o seu futuro e aquilo que é a fibromialgia. Observando essa forte identificação, e voltando à primeira sentença “Quero saber o que de fato a fibromialgia é”, não seria possível pontuar que, neste apelo, há uma demanda de reconhecimento da própria dor e, portanto, de si mesma?

Nessa direção, é importante assinalar que a nomeação que se dá ao sofrimento pode funcionar como mais um elemento que vem a favorecer uma forte identificação do sujeito, o que ocorre com muitas pessoas depois de receberem um diagnóstico sobre o seu sofrimento.

Besset *et al.* (2010), ao refletirem sobre essa questão, destacam que a busca pelo reconhecimento do sujeito como “fibromiálgico” pode remeter a uma questão de “identificação”, ou seja, entende-se que o sujeito se denomina, se designa como aquele que tem fibromialgia. Nessa direção, Maillard, Gillot e Nizard (2017) destacam que:

A identificação é uma modalidade de solução neurótica que completa a falta-a-ser do sujeito e atenua sua divisão. Mas, ao mesmo tempo, a identificação fixa, absorve e reduz o sujeito a esse significante. O paciente dedica sua

energia e se bate pelo reconhecimento de sua deficiência, valendo-se de tudo o que se refere a sua tentativa identificatória (p. 27).

Em outro caso, aparece como queixa uma reivindicação de que as pessoas com o diagnóstico da fibromialgia deveriam ser beneficiadas socialmente, como forma de auxílio e legitimação de suas necessidades especiais. Íris, ao falar sobre sua dor, afirma que pessoas com fibromialgia sentem dores insuportáveis ao ponto de sentirem até “vontade de morrer” e que isso compromete todas as suas atividades, incluindo o trabalho e atividades domésticas. A fala de Íris, além de reivindicar, demonstra o que Maesso (2013) chama atenção em relação ao reconhecimento ainda parcial da doença, o que reflete em uma não garantia de direitos sociais.

Partimos da premissa de que é fundamental que todas as enfermidades sejam legitimadas como tal e que sejam tratadas conforme sua natureza em todos os âmbitos, inclusive no social. É justo também que alguém que viva um tipo de sofrimento, reivindique uma ampliação do conhecimento da enfermidade da qual foi acometida. No entanto, é importante demarcar que, nessas reivindicações, é possível identificar um apelo ao diagnóstico que deixa entrever o que se esboça em termos de uma demanda de reconhecimento.

Nesse sentido, consideramos que o diagnóstico e o seu potencial de legitimação de doenças devem ser problematizados, pois, conforme discutimos, ao saber médico tem sido dado o poder de validar um fenômeno patológico como enfermidade diante do próprio sujeito e do Outro. É necessário discutir o apelo ao diagnóstico também pelo fato de que, diante de experiências como a da dor, é comum que o sujeito busque alguma garantia, alguma forma de estabilidade, que pode ser projetada em um diagnóstico médico.

“Diante da ameaça o sujeito busca garantias, via pela qual um diagnóstico pode ser tomado, e pode entrar num lugar de verdade ou asseguramento que nunca são suficientes” (MINATTI, 2012, p. 830). O diagnóstico pode dar garantias de uma identificação, no entanto, essa identificação não garante a ausência de angústia, visto que não cessa a “busca indefinida de reconhecimento simbólico” (MAILLARD; GILLOT; NIZARD, 2017, p. 27), como foi possível observar nos relatos das pacientes.

O não cessamento da angústia remete à natureza da demanda. Aquilo que inicialmente se apresenta como algo da ordem da necessidade, ou seja, a necessidade de um diagnóstico que promoveria o tratamento e a garantia de direitos sociais, não parece

responder satisfatoriamente ao pedido da pessoa com dor. O apelo ao diagnóstico parece demandar outra coisa. Demanda aquilo que não se tem – demanda reconhecimento.

Frente à relevância do diagnóstico na validação do sofrimento, é certo que este recurso fará parte do universo simbólico do sujeito que demanda reconhecimento. Nesse sentido, salvaguardando o respeito à grande contribuição do diagnóstico médico para o tratamento das enfermidades humanas, consideramos necessário discutir seu papel. Desde Freud⁹, é comum que autores da psicanálise proponham uma reflexão a respeito de seu lugar, problematizando seu real objetivo e pondo em questão a que o diagnóstico serve e a que ele responde. Besset e Brandão (2012) problematizam esse lugar, demonstrando certa semelhança entre a variedade de diagnósticos e a lógica do consumo:

Ao mesmo tempo, uma gama de classificações diagnósticas - bulimia, anorexia, síndrome do pânico, depressão, obesidade, entre outras - encontra-se à disposição de especialistas e pacientes, igualados no estatuto de consumidores, para nomear e dar conta de arranjos sintomáticos peculiares (p. 434).

A partir de uma perspectiva psicanalítica da leitura da dor e do lugar do diagnóstico, Castellanos (2009) defende que o trabalho com a fibromialgia opere na contracorrente do discurso do mestre. Segundo o autor, deve-se trabalhar para que ocorra uma desidentificação do sujeito, pois sua nomeação como fibromiálgico pode contribuir para a ocultação daquilo que está relacionado ao surgimento da dor. Desse modo, o trabalho operaria numa desidentificação, favorecendo que o sujeito possa falar daquilo que lhe é mais singular e próprio, ou seja, abrindo espaço para o lugar da enunciação.

Por essa razão, sempre falava com os pacientes com o significante “dor” que abria a porta de uma pergunta por sua causa, uma vez que se havia descartado a causa orgânica. É uma operação prévia que trata de passar do discurso do mestre para o discurso analítico, para que se possa realizar um tratamento com as ferramentas da psicanálise (CASTELLANOS, 2009, p. 19, tradução nossa¹⁰).

Dunker (2015) chama atenção para o fato de que “fazemos diagnósticos e sofremos diagnósticos bem antes de nos encontrarmos com algumas de suas formas sistêmicas ou codificadas” (p. 38). Dessa forma, o autor enseja a reflexão sobre o papel

⁹ Freud (1983/1996) problematizava o lugar que o campo médico dava ao diagnóstico e propunha uma reflexão sobre isso. Isto foi mais amplamente discutido no capítulo II deste trabalho, no tópico “Psicanálise e Medicina: um diálogo possível?”.

¹⁰ Por esta razón, siempre hablaba con las pacientes con el significante del “dolor” que abría La puerta de una pregunta por su causa, una vez que se había descartado la causalidad orgánica. Es una operación previa que trata de pasar del discurso del amo al discurso analítico, para que se pueda realizar un tratamiento con las herramientas del psicoanálisis (CASTELLANOS, 2009, p. 19).

do diagnóstico e suas influências, identificando que os sujeitos são convocados, em geral, a lidar com diferentes nomeações ao longo da vida. Dunker (2015) destaca ainda que é importante assinalar que o sofrimento pode ter grandes alterações a partir do momento em que é nomeado.

Entendemos que a alteração desse sofrimento a partir da nomeação pode se desdobrar de diferentes formas. Pode contribuir, por exemplo, com a elaboração do sofrimento, já que o reconhecimento tem um lugar importante em sua superação e resignificação. Ao mesmo tempo, é verdade que pode também favorecer uma identificação que dificulte as possibilidades de uma modificação de posição. Para essa discussão, é necessário evocar a singularidade, compreendendo que tais elementos se comportarão de um modo particular para cada sujeito.

Também é preciso admitir que as queixas que aparecem no discurso das pacientes, em relação à legitimação da fibromialgia, são um desafio para o campo médico, visto que estão na contramão de seus pressupostos e do seu *modus operandi*. Por isso, o reconhecimento da dor crônica enquanto patologia é constantemente um ponto de conflito entre o médico e o paciente, o que permeia o trabalho médico na clínica da dor. “A ênfase na terapêutica orientada para o monitoramento e gerenciamento da dor a partir do seu ‘entorno’, tendo como metas o deslocamento da dor do centro da vida e a reconstrução do mundo-da-vida de quem sofre são características do *modus operandi* do trabalho médico na Clínica de Dor” (LIMA; TRAD, 2007, p. 2677).

Os autores assinalam que a dor crônica convoca uma modificação no trabalho médico, sendo necessária a mudança de posição do paciente, contribuindo para que o paciente saia de uma posição exclusivamente passiva para ter uma relação mais ativa em seu tratamento. Pois é preciso admitir que, na clínica da dor, o tratamento é caracterizado pela singularidade e por isso, “o médico situa-se como o gerente do projeto terapêutico da dor crônica: um mediador, aprendendo a lidar com as incertezas do próprio trabalho e com as dificuldades de ter que reconhecer que às vezes sabe, e às vezes não sabe” (*ibidem*, p. 2678).

Por isso, é necessário que o campo médico se direcione para uma operação que, salvaguardando a singularidade, esteja empenhado em negociar com o paciente o fato de que ele também é um gerente do próprio sofrimento, “passando o médico a ter um papel de monitor e legitimador da dor, buscando retirá-la de sua subjetividade absoluta, reconhecendo seus impactos na vida do doente” (LIMA; TRAD, 2007, p. 2678).

Segundo Zanotti *et al* (2013), as pessoas que padecem de dores crônicas fazem um endereçamento ao saber médico buscando um alívio, mas não só. Há uma empenhada busca por um diagnóstico que possa delimitar, nomear e legitimar o reconhecimento de seu sofrimento. Nomear, segundo Miller (2004-2005), é estabelecer uma articulação entre o real e o simbólico, trata-se de acrescentar ao real algo que faça sentido.

Desse modo, a nomeação dá certo limite e contorno, possibilitando que a doença ganhe uma forma e favoreça que o sujeito possa inscrevê-la em uma história. Nessa direção, o reconhecimento da fibromialgia como doença pode, então, funcionar como uma nomeação que dá lugar ao sujeito. Nesse sentido, Espinoza e Zanotti (2017) afirmam que “ser fibromiálgico, então, está além de um diagnóstico, mas pode funcionar como aquilo que faz a mediação na relação com os demais, funciona como um S1 que permite o laço social” (p. 106).

Reconhecemos que a questão diagnóstica em relação à fibromialgia e à dor levanta impasses importantes, visto que, ao mesmo tempo em que o diagnóstico pode permitir uma identificação, ele também abre caminho para o tratamento e mudanças de posição subjetiva. Desse modo, propomos que somente a partir de uma clínica particular da dor seja possível construir um caminho que, reconhecendo essa tensão, levará o sujeito à uma invenção singular diante do impasse com o qual ele se deparou.

4.3.3 “É como se fosse uma ferida”

Diante dos relatos, deparamo-nos com um ponto curioso nas falas das mulheres entrevistadas. Frente às suas queixas, foi possível identificar a dificuldade de algumas delas em entender aquilo que sentem no corpo e que, então, interpretam como dor. Consideramos “curioso” porque, conforme temos discutido neste trabalho, no campo do senso comum, habituamo-nos a nos relacionar com a dor como algo de uma ordem puramente “instintiva”, como algo de ordem unicamente biológica e que não passaria necessariamente pelo psiquismo. No entanto, não é o que demonstram os estudos feitos sobre a dor, discutidos no segundo capítulo, nem o que demonstram os casos apresentados.

Faz-se necessário, dessa forma, retomar aquilo que apresentamos como o caráter de fronteira entre o psíquico e o orgânico que encontramos na dor. Nesta fronteira, é possível assinalar o que Fortes (2013) pontua sobre o estatuto de “órgão” em

psicanálise, destacando que este remete ao atravessamento da pulsão e da linguagem que se apresenta na experiência da dor.

Comumente, as pessoas sentem-se afetadas pelas emoções e, somente a partir disso, caracterizam ou consentem naquela experiência, seja raiva, carinho ou, no caso em questão, dor. Pode parecer estranho pensar que a dor seja uma experiência ainda a se interpretar. Nessa direção, conforme vimos, de acordo com Fortes (2013), não há um limite nítido entre a dor física e a dor psíquica, bem como a experiência da dor pode ser fonte de angústia e despertar sentimentos de estranheza do sujeito em relação ao seu próprio corpo. Frente à experiência da dor, o sujeito é convocado a se haver com essa estranheza.

Nesse sentido, valemo-nos de Dor (1989) ao assinalar que a demanda de reconhecimento está para além da satisfação de uma necessidade e que, desse modo, é sempre demanda do “a mais”, para ultrapassar a queixa e fazer uma questão daquilo que é tido como “óbvio” com relação à dor. Propusemo-nos a escutar o “incômodo de palavras” conforme assinalado por Creder (2002, p. 37), para observar o que as pacientes entendem como dor e o quanto isso pode estar relacionado – ou amparado – com a noção que se tem de corpo. A fala de uma das pacientes demonstra de forma interessante e particular a sua tentativa de interpretar aquilo que sente.

Conforme vimos, Helena tinha dores por todo o corpo: nuca, lombar, pés. Além disso, apresentava uma série de outros sintomas, como fadiga e insônia. Em dado momento, ela tenta descrever aquilo que sente e expressa uma tentativa de ela mesma reconhecer sua experiência dolorosa. Pontua que o que sente: *“é como se fosse uma ferida. Formam-se como nódulos no corpo, nós que preciso ficar massageando”*.

É interessante destacar que a paciente se utiliza de aspectos subjetivos para interpretar e falar sobre sua dor. Podemos arriscar a dizer que Helena, ao falar “é como se fosse uma ferida”, procura as referências que ela tem que justificariam a dor, o que não ocorre à toa, já que, hegemonicamente, uma dor se expressa a partir de uma “ferida” – lesão – como é premissa da medicina. Ao mesmo tempo, de que ferida Helena está falando? A que “nós” ela está se referindo quando descreve sua sensação no corpo?

No caso de Helena, a “ferida” – que permite uma articulação com a noção de trauma – remete ao que Gaspard (2012) diz ser um ensinamento da teorização freudiana a respeito da histeria. O autor assinala que as síndromes do corpo não são apenas consequências de lesões físicas, mas de “lesões do eu” (p. 91). Ainda que essa questão não seja respondida agora, o que pode vir a ser objeto de outros estudos, é essencial para

esse trabalho destacar que o sujeito que padece de dor passa por um processo pelo qual demanda dele mesmo um reconhecimento daquilo que sente.

Nesse sentido, a demanda de reconhecimento aparece também no caso de Odete. Apesar de a paciente ter um histórico expressivo de enfermidades corporais, de sentir uma forte dor na coluna, de ter lombalgia entre outras dificuldades, perguntava constantemente a si mesma se aquilo que ela sentia era “manha”. Não por acaso, essa era a sua sensação ao lidar com seus superiores no corpo de bombeiros. Para descrever essa sensação de falta de validação de seu sofrimento, utilizava o mesmo significante que põe em questão a legitimidade de sua dor: “manha”. *“Quando estava passando pelos testes, apesar das dores eu só pensava na farda e ficava sem saber se era manha, se não era”*.

A palavra “manha”, segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, significa “destreza, desembaraço, habilidade, desenvoltura”. Além deste sentido, pode também significar “qualidade e/ou defeito que dificulta a compreensão, o uso ou o manejo de uma coisa” e ainda “choro infantil sem causa; birra, choradeira”.

Desses significados, a paciente parece lidar com a possibilidade de considerar que aquilo que ela sente pode se tratar de um “choro infantil sem causa”, como descrito no dicionário. No entanto, apesar de a paciente fazer esse questionamento sobre seu sofrimento, não abre mão de queixar-se de que o Outro não reconhece seu sofrimento como verdadeiro.

O impasse do caso de Odete remete ao que citamos acima a respeito da dialética da demanda através da relação entre a mãe e o bebê. Na dialética da demanda, a mãe, frente ao grito do *infans*, o interpreta como apelo, o que permite transformar a necessidade que o grito expressa em uma demanda, o que não parece ocorrer com o “grito” de Helena. Quinet (2000) demarca que “é preciso que a esse grito seja atribuído a significação de um apelo, de um pedido, transformando a necessidade que se expressa no grito em uma demanda” (p. 88)

Barros (2009) toma a construção freudiana de que um chiste só é um chiste se for identificado dessa forma, e propõe que essa mesma dialética se aplica ao apelo, quando este só será apelo, se o considerarmos como tal. Desse modo, se, mediante a queixa, não reconhecermos nela um apelo, ele cairá no vazio, sendo estanque, nesse sentido, a viabilidade de uma demanda ao Outro.

A ausência de escuta do apelo de Helena parece levá-la a uma posição de quem também coloca em questão a legitimidade da própria dor, pois ela mesma tem

dificuldade em reconhecer seu sofrimento. Dessa forma, é possível observar a dimensão de que “Outro fala através de mim” (QUINET, 2000, p. 89), visto que a fala faz surgir a alteridade e o descentramento do sujeito. “Ao tomar a palavra, é o sujeito que é tomado por ela na medida em que sofre sua incidência ao se escutar falando. Há um Outro que fala através de mim fazendo-me tropeçar nas palavras e dizer coisas que não tinha a intenção de dizer” (*ibidem*, p. 89), o que nos permite propor que o sujeito, quando demanda dele mesmo um reconhecimento a respeito da própria dor, demanda do Outro este reconhecimento.

Íris, em seu relato, fala sobre sua dor como um fenômeno que se assemelha a algo lhe “*comendo por dentro*”. Indagamo-nos sobre a fala da paciente que, nas tramas da linguagem, descreve sua experiência corporal utilizando o ato de comer como elucidativo dessa manifestação. Retomando aquilo que discutimos no segundo capítulo sobre os encontros e desencontros da experiência dolorosa com o prazer e com o desprazer, chama-nos atenção observar que a primeira fase da evolução libidinal proposta pela teoria freudiana, a fase oral, é caracterizada justamente pelo encontro de prazer da criança na experiência da alimentação, utilizando a boca e os lábios.

Chemama (1995), ao refletir sobre a fase oral do desenvolvimento psicosssexual proposto por Freud, assinala que, em 1915, o autor insistiu no aspecto canibalístico dessa fase, afirmando que a relação que se cria com o objeto do desejo é de “comer-se comido”. Chemama (1995) postula ainda que, para Melanie Klein, “a fase oral está ligada à relação entre a criança e o seio materno, constituindo a satisfação e a frustração a relação da criança com o seio, ao mesmo tempo bom e mau” (p. 163).

A fala de Íris coloca questões importantes a respeito da função da dor e, nesse caso, podemos assinalar aproximações com uma experiência de prazer que pode ser mais um elemento a ser considerado no processo de interpretação da mesma. Além disso, considerando que sua fala remete a algo que “come”, é possível inferir também uma aproximação com algo de uma ordem destrutiva, que “destrói” por dentro e que pode ser mais uma forma de interpretar e/ou de vivenciar a dor.

Como já foi descrito anteriormente, na discussão sobre a dor e suas manifestações, a dor se trata de um “fenômeno multifatorial” (PORTNOI, 2017, p. 59). Nessa direção, a percepção sobre ela, bem como suas sensações, irão variar conforme a influência de diversos aspectos: psicológicos, biológicos, sociais, entre outros. Essa percepção acontece, portanto, de modo particular e a partir de referências singulares.

Segundo Lima e Trad (2007), é recorrente na clínica da dor um estranhamento do próprio corpo, pois ele passa a atuar por conta própria “e contra o self” (p. 2676), apresentando uma experiência que por vezes tortura e produz emoções dolorosas. Também é importante ressaltar que o caráter aversivo da dor pode gerar certa repulsa ao fenômeno doloroso, censurando sua interpretação.

Sobre esse caráter, Portnoi (2017) afirma que a “avaliação de ameaça possui dois componentes significativos: a antecipação, que procura prever a possibilidade de prejuízos e perdas futuros; e a educação, que ‘ensina’ o indivíduo a evitar situações que possam implicar em risco de dor” (p. 61). Desse modo, podemos identificar que a dor tem um forte potencial de ser censurada enquanto afeto, o que pode comprometer a sua interpretação pelo próprio sujeito.

O sujeito que sofre com a dor passa por um processo subjetivo de reconhecimento e nomeação da mesma, pois, conforme vimos, não há dor sem uma representação, o que passa necessariamente pelo psiquismo. Por mais natural que possa parecer a experiência da dor, o reconhecimento do próprio sujeito em relação a ela ocorre a partir de processos que estão amparados em construções subjetivas e singulares.

Nesse sentido, a interpretação é individual, e o sujeito atribui significados singulares ao fenômeno da dor de acordo com as circunstâncias em que vive e do valor simbólico que o sujeito o tem enquanto representação psíquica. Desse modo, é preciso que haja um reconhecimento daquele afeto como dor, o que para alguns pode não ser um processo fácil.

Segundo Maillard, Gillot e Nizard (2017), “Antes de adquirir uma significação precisa, a dor significa ‘qualquer coisa’, mesmo se a pessoa ignora o quê. A dor irrompe nas representações do sujeito como um signo cujo sentido é, de início, enigmático e desconhecido” (p. 19).

Nessa direção, Lima e Trad (2007) chamam atenção para a dificuldade que os pacientes com dores no corpo têm em descrever aquilo que sentem. Os autores afirmam que responder à pergunta “como é sua dor” talvez seja uma das questões mais difíceis para os pacientes responderem:

Quando o médico insiste no “*Como?*”, invariavelmente há um silêncio, como se o doente buscasse em sua memória palavras para descrevê-la e não raro há um pedido de esclarecimento “*Como assim?*”. Descrevê-la é difícil. Para alguns, impossível. Em vários estudos este elemento aparece revelando a singularidade deste fenômeno que se constitui ao desconstruir o mundo-da-

vida do doente, a dor pertence ao horizonte pré-lingüístico, anterior à linguagem (LIMA; TRAD, 2007, p. 2676).

Creder (2002) disserta sobre a expressão da dor, identificando os seus limites e potencialidades.

Toda dor cabe na linguagem e ao mesmo tempo restam-lhe representações suficientes para completá-la. A dor é sentida e dita aos pedaços, construída pela linguagem objetiva, por um jogo mímico, dismórfico que tenta contar uma história. Uma trágica história. A dor é sentimento e ao mesmo tempo personagem. Descrevê-la ou ainda transcrevê-la torna-se tarefa injuriosa para a qual, muitas vezes, faz-se necessária a utilização de figuras de linguagem como a metáfora, a onomatopéia, as alegorias (p. 45).

A experiência da dor, ou sua representação, só pode ser exprimida através da linguagem, o que remete ao lugar da enunciação no discurso do sujeito doloroso. Nesse sentido, é possível dizer que a dor “excita e perfura o aparelho psíquico e, quanto mais avassaladora, mais quebra as barreiras de contato, produzindo uma palavra já anteriormente inscrita no psiquismo: dor” (CREDER, 2002, p. 79).

É a partir dessas considerações, que parece podermos validar a noção de que a dor passa por um processo subjetivo de reconhecimento, produzindo diferentes interpretações de suas representações no psiquismo. A compreensão da dor como um fenômeno que não está relacionado apenas a uma lesão física, mas também a “lesões do Eu” pode ser de grande contribuição para que haja um reconhecimento do próprio sujeito em relação àquilo que sente, pois passa a conferir outro estatuto às suas sensações corporais – não somente sua dimensão orgânica.

Vale assinalar também a dimensão primitiva e singular da dor, o que confere uma certa descoberta e até invenção de uma interpretação possível para ela. Assim como as dores podem fazer um deslizamento pelo corpo, as pacientes fazem uso de algumas metáforas e figuras de linguagem para descrevê-la, tecendo também um deslizamento significativo que procura nomeá-la ou até mesmo apreendê-la – talvez para reconhecê-la – de algum modo.

4.4 A clínica do particular: uma convocação da dor

Com efeito, foi possível identificar, nas falas de Helena, Íris, Lêda e Odete, diversos aspectos que compõem a ficção daqueles que convivem com a dor crônica sem uma causalidade orgânica. São inúmeros os impasses, os quais ultrapassam as dificuldades de “apenas” conviver com uma enfermidade. Para elas, a necessidade de

ainda “reivindicar” sua existência abre espaço para outras construções, além de outras experiências de sofrimento.

Ao depararmos-nos com a dificuldade de legitimação do sofrimento por parte de familiares, colegas de trabalho e até mesmo de médicos, identificamos narrativas que operam numa suplantação da enunciação do sujeito que padece de dor, não dando lugar à emergência de sua demanda. Ao considerarmos aquilo que Dor (1991) propõe, ao assinalar que a enunciação é do campo do sujeito do inconsciente e assim, sujeito do desejo, é possível questionar o lugar que tem sido dado ao desejo dessas mulheres.

Conforme vimos, o desejo é aquilo que se produz na decalagem entre a necessidade e a demanda; está para além de uma demanda concreta e por isso esbarra em qualquer tentativa de satisfazê-lo. Dessa forma, podemos propor que a permanência de um discurso em que não cessa a angústia, demonstra a natureza do desejo: não busca um objeto concreto como o diagnóstico, e por isso, permanece insatisfeito mesmo depois de alcançá-lo.

Nessa direção, os casos põem em questão a empenhada busca por diagnósticos que prometam um cessamento do sofrimento, visto que a dor dá indícios de ter funções importantes na vida do sujeito, e até ganhos psíquicos. Por isso, qualquer tentativa de reduzir o desejo a algo que demanda apenas satisfação, se deparará constantemente com contradições importantes.

Aquilo que Quinet (2000) propõe a respeito do desejo, ao afirmar que “Desejar o desejo de um outro é desejar que o valor que sou ou que represento seja o valor desejado pelo outro” (p. 92), remete-nos à demanda de reconhecimento do sujeito em relação a sua dor. Considerando-se que a dor assume um lugar central na vida do sujeito e que nela se concentram seus investimentos, a experiência dolorosa, que tem um importante papel na compreensão do próprio Eu, indica que o apelo ao reconhecimento da dor pode, na verdade, sustentar uma demanda de reconhecimento do sujeito.

Tal proposição permite-nos refletir sobre o potencial identificatório em relação ao sujeito com a dor. Ao retomar aquilo que Freud (1923/2011) adverte quando assinala que “as doenças dolorosas têm toda relação com a percepção daquilo que entendemos como nosso corpo” (p. 32), que convertemos na noção de que a “dor faz corpo”, é possível seguir na direção de que a dor, então, se apresenta como uma possível identidade estável, busca do sujeito neurótico, conforme defendem Maillard, Gillot e Nizard (2017).

Aspectos como a história do sujeito e o contexto de surgimento da dor têm grande influência no modo com que cada uma das pacientes lida com a própria experiência dolorosa. De acordo com Maillard, Gillot e Nizard (2017), frente a existência dolorosa, o sujeito se encontra em uma necessidade de falar e de mostrar essa dor, contudo, jamais alcança isso completamente e inicia uma experiência ambivalente: a vontade de se livrar da dor e a necessidade dela para se sentir vivo. Nessa mesma direção, um paradoxo que identificamos nos casos é a tensão que se instaura no combate à dor, no sentido de demandar o seu desaparecimento, ao mesmo tempo, contudo, uma demanda de que ela seja reconhecida – e nela, o próprio sujeito.

O procedimento comum de alguém que apresenta um sintoma corporal é a procura dentro do campo médico por uma resposta que explique aquela anormalidade e um tratamento que possa curá-la. Conforme discutimos anteriormente, no caso da fibromialgia, o desafio tem início já na busca por um diagnóstico, pois, além da impossibilidade de encontrá-lo a partir de exames convencionais, como os de imagem ou laboratoriais, ele é feito a partir da exclusão de outras possibilidades de nomeação. Esta dificuldade tem sido causa de queixas daqueles que buscam por um reconhecimento de sua própria dor, como foi apresentado nos casos.

Neles, foi possível observar o apelo das pacientes por uma legitimidade de sua dor, que se exprimiu através da queixa “eles não entendem”. Desse modo, as suas falas foram na direção de que os outros demonstram não legitimar o seu sofrimento como real, ou ao menos, não lhe conferem a verdadeira intensidade que as pacientes alegam experimentar.

Outro importante apelo é o de um maior reconhecimento da fibromialgia como doença, bem como uma ampliação do conhecimento das características da síndrome. Frente a um reconhecimento parcial da doença, as pacientes apresentam a queixa de uma não legitimação da fibromialgia, demonstrando nesse discurso uma forte identificação com a enfermidade.

E além desses, também foi fortemente presente nos enunciados, um apelo que as pacientes endereçam a si mesmas, na possível busca por um reconhecimento daquilo que sentem no corpo. A partir de seus relatos, é possível identificar que os afetos vivenciados por elas passam por um processo de reconhecimento subjetivo, e sua nomeação nem sempre ocorre de modo simples. É curioso, no entanto, pensar que o endereçamento implica sempre aquele que endereça algo a alguém; desse modo,

podemos questionar o que é possível encontrar nesse lugar de apelo a si mesmo. O que será que do corpo do sujeito se endereça a ele mesmo?

É possível pensar, nesse sentido, que a dor pode ser interpretada como uma mensagem do corpo a ser decifrada; ou seja, como metáfora de experiências subjetivas vividas pelo sujeito e que se manifestam enlaçando-se ao corpo.

A noção de enunciação nos permite sustentar que, por meio das queixas, o sujeito manifesta e endereça apelos. Sua legitimação ou não permitirá a construção e formulação ou não de demandas; algo da ordem do “a mais” – da demanda de amor. Conforme vimos, o sujeito almeja que o Outro lhe dê algo que está além de qualquer satisfação possível – seu próprio ser – o que é visado no amor.

A dor, em especial a dor crônica no caso da fibromialgia, apresenta-nos importantes “furos” que nos permitiram refletir a respeito de diversos aspectos invocados por ela: desde a reflexão sobre sua natureza psíquica até o importante diálogo que ela provoca entre diferentes campos de saber como a clínica psicanalítica e a medicina. Nessa direção, deparamo-nos com algumas indagações a respeito do reconhecimento, bem como com importantes contribuições acerca de seu papel frente ao sofrimento humano.

Conforme vimos, é consenso entre os autores (CASTELLANOS, 2009; EBTINGER, 2009, BESSET *et al.*, 2010; ZANOTTI *et al.*, 2013, CREDER, 2002; LIMA; TRAD, 2007, MAILLARD; GILLOT; NIZARD, 2017; FARIAS; SILVA, 2017) a necessidade de legitimar aquilo que é trazido pelo sujeito que vive a experiência dolorosa, para que se possa dar seguimento à interpretação da dor, apontando direcionamentos para o seu tratamento.

No texto *L'existence de La fibromyalgie*, o psiquiatra e psicanalista Ebtinger (2009) discute sobre a importância do reconhecimento da dor, mais especificamente da dor fibromiálgica, e pontua que é necessário partir da premissa de que é incontestável que haja uma síndrome fibromiálgica, bem como são incontestáveis as dores apresentadas por cada pessoa. Por isso, para o autor, é essencial que as dores sejam tratadas sempre como reais, reconhecendo sua existência e assumindo a veracidade das queixas. Na mesma direção, Maillard, Gillot e Nizard (2017) afirmam que:

O primeiro ato do tratamento no acolhimento da pessoa dolorosa é, então, não colocar em dúvida a “realidade” de sua dor, não contestar a realidade física nem subestimar sua intensidade. Esse primeiro acolhimento da pessoa dolorosa implica levar em consideração as formas variadas da queixa e os diferentes níveis de respostas necessárias para identificar os índices pertinentes da dor crônica (p. 20).

Podem ser abordadas diferentes formas de se relacionar com as dores fibromiálgicas: uma delas é recusar sua existência; outra é considerar que a dor é verdadeira, existe e, a partir disso, esperar que uma prova biológica apareça; a outra é admitir essa dor como real, mas evocar um saber que é elaborado a partir da inclusão da dimensão psíquica. Conforme discutido nos casos clínicos, a opção de considerar a dimensão subjetiva desses casos parece apreender a dor enquanto experiência real.

Ebtinger (2009) defende ainda que quando o fator psíquico é utilizado para a investigação da fibromialgia, frequentemente alguns termos passam a ser utilizados. Um deles é chamar esse fenômeno de “doença imaginária”, o que corrobora com os relatos das pacientes que são confrontadas com falas como “pensam que eu estou inventando a dor”, demonstrando também um certo estigma em relação às doenças psíquicas. Desse modo, não se trata de uma invenção imaginária, mas de um quadro particular que cada sujeito cria com seu próprio corpo e que pode se apresentar de modos distintos. Para o autor, “Trata-se então de abordar a dor nem com um saber, nem com uma técnica, mas suportando não saber ou, mais exatamente, com um não saber” (p. 3, tradução nossa)¹¹.

Ebtinger (2009) conclui que a fibromialgia sempre emergirá com uma demanda de reconhecimento, defendendo que este reconhecimento deve ocorrer por três vias. A primeira é validar que as dores apresentadas por cada sujeito são reais; a segunda é que se reconheça o “não-saber”, pois se trata de algo da ordem do singular e o conhecimento precisará ainda ser construído a partir do sujeito; e por último, é necessário que seja consentida a singularidade do quadro clínico e a busca do estatuto particular destas dores em função dos diferentes modos de relação do sujeito com seu corpo.

Na mesma perspectiva, Cardoso e Paraboni (2010), ao discutirem a função psíquica da dor, consideram que este fenômeno já tem por si só uma natureza de apelo e cuidado. Desse modo, queixas são endereçadas e aguardam que o Outro seja capaz de escutá-las e de validar o seu sofrimento. Nesse sentido, não poderíamos concluir que a dor também é uma manifestação de “demanda de”? Este questionamento vai na direção da formulação de Ebtinger (2009), que afirma que o manejo da dor crônica “não acontece sem uma resposta a esta demanda de reconhecimento” (p. 7, tradução nossa)¹².

¹¹ Il s’agit alors d’aborder La douleur ni avec un savoir, ni avec une technique, mais en supportant de ne pas savoir, ou plus exactement avec un non-savoir (EBTINGER, 2009, p. 3).

¹² Le traitement de la fibromyalgie ne va pas sans une réponse a cette demande de reconnaissance (EBTINGER, 2009, p. 7)

No caso das pacientes apresentadas, suas queixas já demonstram uma fala sobre a dor, que pode ser considerada como um “grito” do corpo e que pede para ser acolhido como um apelo. Se considerarmos este corpo como um mero organismo, então, o grito permanecerá no campo da queixa e o apelo cairá no vazio. No entanto, a partir da noção de corpo pulsional, é possível “ler” essa dor como sinal de um corpo que é “significativado”, com suas próprias representações e histórias. Nessa direção, tornar-se-á possível fazer a hipótese de que nessa queixa há um apelo a ser reconhecido, legitimando, assim, o sujeito do desejo em meio à demanda de reconhecimento e de amor que endereça ao Outro.

Desse modo, defendemos a posição de que se faz necessário reconhecer não somente a legitimidade da dor apresentada pelo sujeito, mas também consentir que sua dor se apresenta como um enigma ainda a ser decifrado. Este desafio convoca saberes que, como já problematizado anteriormente, têm naturezas distintas, mas que podem servir para “restabelecer a unidade de discursos que não são tão disparatados como já se pensou em algumas ocasiões” (CREDER, 2002, p. 18).

Conforme vimos, é inevitável reconhecer os diferentes pontos de partida da clínica psicanalítica e do campo médico. Enquanto o primeiro opera a partir da lógica de um corpo pulsional, o segundo lida com uma visão estritamente orgânica deste corpo, e, por isso, torna-se incapaz de escutar a demanda do sujeito, visto que a lógica médica compreende que ela detém o saber, o qual não é suposto no sujeito.

Ou seja, enquanto o campo médico operar sustentando a noção de que detém o saber sobre o sofrimento, certamente não será capaz de ir além do campo da queixa para escutar aquilo que ela pode, na verdade, encobrir. Assim como também não será possível fazer uma travessia de uma noção anátomo-clínica do corpo para uma noção mais abrangente, como a noção de corpo pulsional.

De acordo com Creder (2002), não se pode mais conceber uma medicina sem que haja nela uma perspectiva anímica, bem como a clínica psicanalítica não pode, em nenhuma circunstância, não contemplar aquilo que é da ordem corpórea. Para o autor, é preciso trabalhar com a noção, portanto, de que “toda medicina já é psicossomática e toda psicossomática já é psicanalítica” (p. 48).

O autor defende também que “A psicanálise tem um papel paradigmático na medicina, construindo e inserindo uma perspectiva psicossomática em relação às doenças físicas e, especialmente, num de seus sintomas mais comuns: o sofrimento ou a dor” (p. 20). Nessa mesma direção, Lacan (1955-1956) assinala que é vital a

necessidade de a medicina conceder importância à clínica do particular, o que identificamos como uma significativa contribuição da clínica psicanalítica para o campo médico.

Conforme vimos, é inevitável pensar na semelhança do cenário de uma dor sem causalidade orgânica com o cenário em que Freud aceitou a construção de um novo saber diante do impasse das mulheres com sintomas histéricos, ali onde o campo médico recuou. Foi da hipótese de que haveria ali uma dimensão subjetiva – e psíquica – que decorreu “o estabelecimento de um dispositivo específico: a escuta de conflitos psíquicos inconscientes, remetendo à história de vida dessas pacientes e a desejos recalçados” (BESSET; BRANDÃO, 2012, p. 437).

Além da necessidade do reconhecimento da singularidade enquanto aspecto fundamental para o tratamento, consideramos que a noção que se tem de corpo também é decisiva nos modos de interpretação dos fenômenos corporais. Zanotti *et al.* (2013) refletem a respeito do estatuto dado ao corpo na modernidade e pontuam que:

A psicanálise se interessa pela utilização que o sujeito faz de seu corpo, respeitando a singularidade de cada caso. Essa utilização se revela um ponto importante no conjunto das pesquisas que conduzimos nesse espaço de cruzamento entre psicanálise e medicina (p. 432, tradução nossa¹³).

Com isso, consideramos o diálogo entre psicanálise e medicina como um ponto relevante e necessário para a investigação e tratamento das manifestações do corpo como as dores crônicas e a fibromialgia. Para tanto, torna-se essencial que haja um reconhecimento da contribuição de cada saber, visto que, frente ao fenômeno da dor, faz-se necessário que o saber de cada um possa dialogar com o campo do outro.

Figueiredo (1996) traz uma formulação importante a respeito de diálogos entre os diferentes saberes, e expressa de modo contundente um dos pontos de chegada deste trabalho: “[...] uma ciência interdisciplinar deveria, para manter-se viva e crescer, abrir-se para um pensamento e para uma prática de pesquisa transdisciplinar, ou seja, para um pensamento capaz de circular, afetando e sendo afetado por outros saberes” (p. 82). Dessa forma, não expressamos aqui uma desvalorização do saber biológico do corpo, ao contrário, esse saber é convocado como mais um dos instrumentos para a apreensão do fenômeno da dor, mas não como o único.

¹³ La psychanalyse s’intéresse à l’utilisation que le sujet fait de son corps, en respectant la singularité de chaque cas. Cette utilisation se révèle un point important dans l’ensemble des recherches que nous avons conduites dans cet espace de croisement entre psychanalyse et médecine (ZANOTTI *et al.* 2013, p. 432)

Apoiando-nos em Lacan, a partir das discussões desenvolvidas neste trabalho, consideramos que a noção de demanda pode ser de grande contribuição para o campo médico, favorecendo a possibilidade de sua elaboração a partir da queixa que o paciente enuncia. Para isso, é necessário valer-se daquilo que Capdevielle e Doucet (*apud* Gaspard, 2012) propõem: “Quando alguém demanda alguma coisa, não é de modo algum idêntico e é, por vezes, até mesmo diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (p. 92).

Os autores fazem tal proposição apoiados na noção não de indivíduo ou pessoa, menos ainda de um usuário de um serviço, mas do “sujeito do inconsciente”, da fala e do ato, o qual somente será ouvido se houver interesse em escutá-lo. Tal dialética remete à demanda de reconhecimento, que só terá um lugar se o apelo do sujeito for considerado como tal. Do contrário, conforme vimos, este apelo cairá no vazio e nada poderá ser formulado a partir disso.

Ensinou-nos Freud quando, diante de um “não-saber” absoluto, em tempos de ascensão de uma perspectiva anátomo-clínica do corpo, reconheceu os impasses apresentados pelo corpo. Diante de um “furo”, perseguiu a clínica do particular, que se abre para as invenções singulares do sofrimento humano e, nesse sentido, pôde curar aquelas enfermidades através de um tratamento pelo simbólico, que, se não reconhecidas, certamente não teriam o mesmo destino.

Corroboramos com a posição de Dunker (2015), ao refletir sobre singularidade, mal estar e sofrimento:

Se o mal-estar se mostra na finitude de nosso corpo, na precariedade de nossos acordos humanos, em nossa disposição à repetição e à angústia, resistindo à vagueza de sua nomeação, o sofrimento determina-se pela narrativa e pelo discurso nos quais se inclui ou dos quais se exclui (p. 25).

Nessa perspectiva, frente à escuta do sujeito, abre-se um universo de possibilidades onde, a partir das queixas, reconhecer-se-ão os apelos, neles encontrar-se-ão as demandas e, em seu desenrolar, o desejo. Propusemo-nos a “escutar” os silêncios, as manifestações, os fracassos do organismo, as queixas e os apelos dos pacientes com dores crônicas. Neles, identificamos a demanda de reconhecimento subjacente a esses apelos que suscitam uma gama de outros elementos que poderão contribuir no tratamento da fibromialgia e, sem sombra de dúvida, levantar outras importantes questões a respeito dos fenômenos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto mais a ferida está aberta, no centro do corpo (no coração), mais o sujeito se torna sujeito: pois o sujeito é a intimidade [...] Assim é a ferida de amor: uma abertura radical que não chega a se fechar, e de onde o sujeito escorre, constituindo-se como sujeito nesse próprio fluxo (BARTHES, 2018, p. 46).

O caminho percorrido neste trabalho teve como ponto de partida a escuta de sujeitos que traziam em suas queixas dolorosas algo que ultrapassava a experiência da dor enquanto um fenômeno exclusivamente físico ou corporal. Os discursos dos pacientes do setor de reumatologia no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA pareciam remeter a uma experiência que, sim, fazia um apelo ao tratamento e à cura de seus sintomas, mas que não se esgotava nisso, demandando sempre um “a mais”.

Foi no intuito de investigar esse “para além”, que nos propusemos a adentrar o universo da dor para refletir e problematizar seus diferentes lugares e funções na vida do sujeito. Assim como ocorre na experiência clínica, indagamo-nos a respeito deste fenômeno procurando escutar os sentidos que ele poderia produzir e dos quais ele mesmo poderia ser produto.

Nessa direção, identificamos a dor como uma experiência que levanta questões cruciais a respeito do sujeito, visto que sua manifestação envolve uma série de outros aspectos, alguns relacionados à cultura e ao próprio psiquismo, outros que estão relacionados ao sujeito no que se refere à sua história particular. Desse modo, remetemo-nos à compreensão da singularidade como um elemento que não pode, em nenhuma hipótese, ser relativizado ou negligenciado, pois é a partir desta noção que a dor poderá ser interpretada de forma que o sujeito não seja foracluído.

Propomos, então, que a noção de corpo pulsional pode ser de grande contribuição para os estudos, investigações e tratamento de fenômenos que se apresentam no corpo, por reconhecer a dor em seu caráter orgânico, mas contemplar, sobretudo, sua dimensão psíquica. Esta noção não opera a partir de uma perspectiva em que o caráter orgânico exclua a dimensão psíquica do fenômeno (e vice-versa), ao

contrário, reforça que a dor, bem como a pulsão, é um fenômeno limite, ou seja, ela está na fronteira entre estes aspectos.

Analisar o corpo e seus fenômenos a partir desta noção, possibilitou que identificássemos que a dor crônica poderia não apenas ser consequência de uma lesão física, como propõe a visão anátomo-clínica do corpo. Consideramos que ela pode ser um sinal de “lesões do Eu”, conforme propomos ao longo do trabalho. Nesse sentido, assinalamos que as lesões vivenciadas pelos sujeitos não se restringem a feridas em seus corpos e, por isso, não podem ser identificadas a partir de exames convencionais do campo médico, mas em sua dimensão simbólica, como manifestação de suas histórias e sofrimentos.

A dor apresentada pelo sujeito remete às suas histórias de sofrimento e, nessa direção, parecem assumir um lugar central em suas vidas. Além disso, assinalamos que na experiência da dor, o sujeito retira seus investimentos para o Eu, demonstrando uma forte possibilidade de identificação do mesmo à experiência dolorosa. Em seus escritos a respeito do narcisismo, Freud cita um poema de Wilhelm Busch, que com a arte do humor diz que “No buraco de seu molar, se concentra a sua alma”, para falar do lugar que a dor pode assumir em um sujeito.

Nas variadas queixas a respeito dos sofrimentos dolorosos, foi possível identificar apelos que remetiam, em geral, ao cessamento das dores, ao seu tratamento e ao alcance do diagnóstico da fibromialgia. Na escuta desses apelos, identificamos algo da ordem de uma demanda, que estava para além (ou para além?) da necessidade de um objeto específico, como o diagnóstico da fibromialgia.

Desse modo, propomos que a demanda de um “a mais”, a qual observamos nas queixas das pacientes discutidas neste trabalho, é demanda de reconhecimento – de amor – de presentificação do outro. No caso das pacientes em questão neste trabalho, observamos um pedido por um reconhecimento do sofrimento como real e válido como forma de endereçar uma demanda de que não apenas a dor fosse legitimada, mas que o próprio sujeito fosse reconhecido nela. Desse modo, no desenrolar da demanda de reconhecimento, assinalamos a presença de um desejo que busca que o Outro deseje o valor do sujeito naquilo que ele é ou que ele representa.

Consideramos, assim, que o reconhecimento do sofrimento do sujeito como válido é ponto de partida para a escuta e tratamento dos pacientes com dores crônicas. Ao final desse estudo, ressaltamos a relevância, na clínica da dor, que médicos e psicanalistas estejam abertos aos discursos dos pacientes, compreendendo que não

aplicarão sobre eles um saber pré-estabelecido, mas, ao contrário, a partir do enigma que as dores crônicas instauram, será possível operar no sentido de validar o saber do próprio sujeito a respeito de si mesmo.

Para isso, será necessário um diálogo importante entre as diferentes áreas de saber, sem a pretensão de que cada campo deixe de analisar os fenômenos humanos a partir de seus pressupostos. A clínica da dor não propõe uma universalização da psicanálise e nem que outros saberes comportem sua teoria e saber; no entanto, apresenta algumas possibilidades que podem integrar aspectos que já não precisam mais ser encarados como excludentes ou dicotômicos.

Podemos concluir que a clínica do particular privilegia não a generalização dos fenômenos, mas a singularidade do sofrimento do sujeito. Esta é uma das grandes contribuições da clínica psicanalítica para os estudos e tratamentos dos fenômenos corporais. Assim, no que se refere ao fenômeno doloroso, sustentamos que é a partir da enunciação presente no discurso do sujeito, que ele poderá construir sua própria teoria a respeito de sua dor e, desse modo, poderá mudar, ou mesmo modular, sua posição frente ao seu sofrimento.

Este trabalho perpassou algumas importantes formulações psicanalíticas que podem ainda ser mais exploradas. O estudo sobre a noção lacaniana de demanda abre porta para investigações no que se refere à queixa, apelo e desejo, conceitos que se entrelaçam na fala do sujeito e que podem contribuir com a escuta da enunciação de seu discurso.

No tocante aos estudos sobre a dor crônica e, em especial, a fibromialgia, é possível formular outras inúmeras leituras que podem ainda ser mais aprofundadas e que certamente trarão outras contribuições. Aquilo que apresentamos como “lesão do Eu” é uma chave de interpretação do fenômeno da dor com potencial para outros estudos. A fibromialgia, enquanto enfermidade que aparece como uma manifestação de experiências que ultrapassam a noção anatomoclínica de organismo, deixa questões no que se refere à sua origem e suas formas de expressão, que também podem vir a ser objeto de outras investigações.

Este trabalho procurou deixar contribuições para o tratamento das enfermidades corporais, em especial aquelas que têm como principal sintoma a dor crônica. Nesse sentido, apontamos para a importância da valorização de um diálogo possível entre o campo médico e a clínica psicanalítica, dando espaço, sobretudo, às construções

singulares que melhor contemplem a multiplicidade da dor – e por que não dizer – do sujeito.

REFERÊNCIAS

ARAGON, L. E. P. **Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático**. São Paulo: Interface Comunicação, saúde e educação, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100013> Acesso em: 05 Dez 2019.

ANSERMET, F. **Medicina e psicanálise: elogio do mal entendido**. Opção Lacaniana, 2014. Disponível em:

<http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf>. Acesso em: 10 jan 2020.

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido – I**. Tradução: Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1990.

BARROS, P. C. M. **“Vê se me desimbaça”**: do apelo à demanda de crianças e adolescentes em situação de rua. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2009.

BARROS, P.C.M; HOFFMAN, C. **Na errância do “meninos de rua”, um ato inventivo do sujeito**. Fortaleza: Revista Subjetividades, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/5570/pdf>>>; Acesso em: 18 de mai 2020.

BARTH, L. F. B.; SILVEIRA, V. F. **O transitivismo como dispositivo clínico-conceitual**. Porto Alegre: Ágora, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/agora/v7n2/v7n2a05.pdf>>. Acessado em: 22 de mai 2020.

BARTHES, R. **Fragmentos de um discurso amoroso**. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

BESSET, V. L. et al. **Um nome para a dor: fibromialgia**. Fortaleza: Revista mal-estar e subjetividade, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009>. Acesso em: 07 abr 2019.

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Jogo de Posições da mãe e da criança**. Ensaio sobre o transitivismo. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.

BESSET, V. L. et al. **Um nome para a dor: fibromialgia**. Fortaleza: Revista mal-estar e subjetividade, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4968/3976>>. Acesso em: 05 jan 2018.

BESSET, V. BRANDÃO JR, P. M. C., **QUANDO A DOR FAZ CORPO**. Revista Borromeo, 2012.

CASTELLANOS, S. **El dolor y los lenguajes del cuerpo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

COLLADO, A. **Fibromialgia: uma enfermidade más visible**. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2008.

COMISSÃO DE DOR, FIBROMIALGIA E OUTRAS SÍNDROMES DOLOROSAS DE PARTES MOLES. **Fibromialgia – cartilha para pacientes**. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2011a. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20fibromialgia.pdf>>.

CREDER, M. **A dor como metáfora da unidade: O Diálogo Analítico entre o Corpo e a Psique**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2002.

CHEMAMA, R. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

DARMON, M. **Ensaio sobre a topologia lacaniana**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**. O inconsciente estruturado como linguagem. Volume 1. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo, 2015.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Porto alegre: ARTMED, 1989.

ESPINOZA, M.P. V.; ZANOTTI, S. V. **Fibromialgia e psicose: a dor e suas funções**. In: Besset, V. L.; ZANOTTI, S. V. **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017.

EBTINGER, P. **L’existence de la fibromyalgie**. Intervention au Groupe d’Études de la Doleur. Strasbourg. 2009. P 1-7. Disponível em: <http://www.psychanalyse67.fr/accueil/myFiles/84_22F80F9897.pdf>. Acesso em 04 Dez 2018.

FARIAS, F. P.; SILVA, M. B. **A dor crônica na perspectiva médica**. In: Besset, V. L.; ZANOTTI, S. V. **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017.

FIGUEIREDO, A.C. **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental**. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano VII, n.1, mar/2004, 75-86. Disponível em: www.fundamentalpsychopathology.org. Acesso em: 27/12/08

FORMIGA, M. S. G. **Dor crônica ou um corpo deprimido? Reflexões sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2010.

FORTES, I. **A dor como sinal da presença do corpo.** Rio de Janeiro: Tempo psicanalítico, 2013.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica. (1895) In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.I.

_____. Estudos sobre a histeria. (1893-1895) In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.II.

_____. Sadismo e Masoquismo. (1905) In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.VII.

_____. Cinco lições de psicanálise. (1910) In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.XI.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1925-1926). In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2014, Vol.XX.

_____. O mal-estar na civilização. (1927-1931) In: **Obras Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol.XXI.

_____. **Introdução ao narcisismo: ensaios sobre a metapsicologia e outros textos** (1914 – 1916). São Paulo: Companhia das Letras, 20

_____. **O Ego e o Id “autobiografia” e outros textos** (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. Luto e Melancolia (1917[1915]). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia Freudiana.** Zahar, 1995.

GASPARD, J-L. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. **Psicanálise e outros saberes.** Rio de Janeiro: Cia. De Freud: FAPERJ, 2012.

HEYMANN, R. E et al. **Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, 50(1), fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 13 dez 2018.

HEYMANN, R. E et al. **Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia**. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s467.pdf>. Acesso em: 15 jun 2020.

IRIBARRY, I. N. **O que é pesquisa psicanalítica?** Porto Alegre: Ágora, 2003.

LACAN, J. **O Seminário**. As formações do inconsciente. Livro 5. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. (Trabalho original publicado em 1958)

_____. **O Seminário**. A ética da psicanálise. Livro 7. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008. (Trabalho original publicado em 1959-196).

_____. (1982). **O Seminário**. Livro 20. Mais... Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).

_____. **Os não-tolos vagueiam**. Seminário 1973-1974. Salvador: Espaço Moebius

Psicanálise, 2016, publicação não comercial.

_____. **O lugar da psicanálise na medicina** (1966/2001). *Opção Lacaniana*, 32, p. 8-14.

LEGUIL, F. **Mais além dos fenômenos**. In: LACAN, J. et al. A querela dos diagnósticos. Rio de Janeiro: Jorge Zarar Editora, 1989.

LIMA, M. A. G; TRAD, L. A. B. **A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica**. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/14.pdf>>. Acesso em 13 dez 2018.

MAESSO, M. C. **A Razão do Diagnóstico em Torno do Ideal Científico e a Ruptura Ética da Psicanálise**. Brasília: Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2014.

Maillard, B.; GILLOT, F.; NIZARD, J. Os paradoxos clínicos da paixão dolorosa. In: Besset, V. L.; ZANOTTI, S. V. A face crônica da dor. Maceió: Edufal, 2017.

MILLER, J.-A. **Peças soltas**. Seminário inédito, 2004-2005. Transcrição não oficial da Escola Brasileira de psicanálise.

MILLER, J-A. **Lacan, professor de desejo**. Opção Lacaniana, 2013.

MINATTI, S. P. **O psicanalista no tratamento da dor**. São paulo: Revista latino-americana. psicopatologia Fundamental, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000400006>. Acesso em: 05 mai 2015.

- NASIO, J-D. **O Livro da Dor e do Amor**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1997.
- NOBREGA, P. A. M. **Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2014.
- PORTNOI, A. G., **O enfrentamento da dor**. In: BESSET, V. L.; ZANOTTI, S. V. **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017.
- QUEIROZ, E. F. **Dor e gozo: de Freud a Lacan**. São Paulo: Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142012000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 mai 2015.
- QUEIROZ, E. F.; BARROS, P. C. M.; MELO, M. F.V; A errância do desejo em manifestações clínicas na atualidade. In: PASSOS, M. C.; SAMPAIO, M. A. **Psicologia clínica nas fronteiras – saúde, educação e cultura**. Curitiba: CRV, 2019.
- QUEIROZ, E. F.; ZANOTTI, S. V. **Metodologia de pesquisa em psicanálise**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2019.
- QUEIROZ, E. F.; Reflexões sobre meta-análise em psicanálise. In: QUEIROZ, E. F.; ZANOTTI, S. V. **Metodologia de pesquisa em psicanálise**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2019.
- UINET, A. **As 4+1 Condições de Análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.
- QUINET, A. **A Descoberta do Inconsciente**. Do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000.
- ROCHA, Z. **A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana**. Fortaleza: Revista Mal-estar e Subjetividade, 2011.
- SCHNEIDER, C. **Reflexões Acerca Da Posição Do Psicanalista Na Clínica Infantil Frente À “Querela” Dos Diagnósticos**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília. Distrito Federal, 2017.
- Slompo, T. K. M; BERNARDINO, L. M. F., **Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund, 2006.
- TAVARES, L. A. T; HASHIMOTO, F. **A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades**. São Paul: Revista Interinstitucional de Psicologia, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200002>. Acesso em 13 dez 2018.

TORRES, L. M. **Fibromialgia**. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2008.

VORCARO, A. **Do método em psicanálise**. In: QUEIROZ, E. F.; ZANOTTI, S. V. **Metodologia de pesquisa em psicanálise**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2019.

WINOGRAD, M. MENDES, L. C. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **São Paulo: Psicologia: teoria e prática, 2009**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200015. Acesso em: 13 Dez 2018.

WOLFE, F. **Pain extent and diagnosis: Development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease**. The Journal of Rheumatology, 2003.

ZANOTTI, S. V. et al. **Nos limites da histeria, a dor crônica**. São Paulo: Revista Latinoam. de Psicopat. Fund, 2013, vol.16, n.3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000300006&script=sci_arttext. Acesso em 06 mai 2015.

ZANOTTI, S. V. GASPARD, J-L. BESSET, V. **A psicanálise em centros de tratamento da dor crônica**. In: LANG, C. E. BERNARDES, J. S. RIBEIRO, M. A. T. ZANOTTI, S.V. **Clínicas: pesquisas em saúde, psicanálise e práticas psicológicas**. Maceió: Edufal, 2017.