

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

PAULESKA ASEVEDO NOBREGA

**Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e
transferência.**

Recife
2014

PAULESKA ASEVEDO NOBREGA

**Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e
transferência.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia Clínica 14ª Turma – UNICAP, na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise como requisito final para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edilene Freire de Queiroz

Recife
2014

Nome: Nobrega, Pauleska. Asevedo.

Título: Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência.

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Edilene Freire de Queiroz

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^o Dr.^o Marcos Túlio Caldas

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Silva Lopes Besset

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Assinatura: _____

As memórias doces e ternas de Painho.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente, a meu pai Paulo Ferreira Nóbrega (*in memoriam*) pelo incentivo e investimento únicos, pois com a sua leveza a minha caminhada ganhou força para insistir como a vida e dar continuidade ao seu legado, que vive em tudo o que construí.

Sou muito grata à transmissão sempre perspicaz e parceria da minha orientadora Edilene Freire de Queiroz, que acolheu o meu desejo de pesquisar, com quem aprendi em nosso convívio, que essa força motriz é vital.

Sem a ajuda de minha irmã, Veruska, minha mãe, Adelma e meu marido, Pedro, não teria tido a dedicação necessária para esta escrita, que se deu em meio a tantas dificuldades e perdas. Meus mais sinceros agradecimentos.

A presença de apoio e conforto de meus tios: Diógenes, Aécia, Epaminondas, Hermógenes e Luiza, José Carlos e Aparecida, e, meus primos: Caio, Ítalo, Camila e Marcela.

Aos meus tios e primos, José Carlos e Aparecida, e seus filhos, Ítalo e Caio, os quais adotei e também por eles fui adotada durante os meses em que me instalei semanalmente em Recife. Agradeço o amparo, o lar e a presença da família, que me deu o suporte necessário para manter as viagens e os estudos.

Ao CESED, nas pessoas de Gisele Gadelha, Dr. Diego Gadelha, Wamberto, Tamar e Adriana, que reconheceram a difícil tarefa de conciliar trabalho e mestrado, assim como o meu trabalho enquanto pesquisadora e clínica, facilitando o suficiente para tal empenho de minha parte.

A Associação Mundial de Psicanálise (AMP), a Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e, em particular, a Delegação Paraíba de Psicanálise, pela transferência de trabalho e elaborações provocadas desde longas datas.

Ao aconchego dos amigos mestrados e doutorandos que encontrei na UNICAP, nos nomes de Fabíola, Janaína Tenório, Gabriela, Rodrigo, Ingrid, Rafaela, Janaína Martins, Esperidião, Paula Barros, Sheila e Débora.

A experiência compartilhada de professores com quem tive contato, como Nanette, Zeferino, Maria Cristina Amazonas, Cristina Brito, Consuelo e Ana Lúcia.

Ao trabalho exemplar desempenhado pela equipe da secretaria do mestrado.

Ao apoio teórico e substancial daqueles que aceitaram o nosso convite para compor a banca de examinadores. A Vera Lopes Besset sou grata pela disposição e interesse, que desafiam a distância. A Marcos Túlio Caldas agradeço a presteza e acolhida. É através de suas participações que encontro respaldo para seguir nestas veredas.

*A dor adormece a alma
Mede a calma
Arranca a lábia de ser feliz*

*A dor é escárnio dos ímpios
Sacrifício dos nobres
Centelha de escuridão*

*A dor é de existir só
Só de existir
De esquecer-se de si
De cansar de lutar*

*É pedido de amor
É amor que se tem
Amor que se dá
Fonte de rancor para não enlouquecer*

*É ranço de ternura e sensibilidade
Pacifismo sem autoridade
Como o íliaco que sustenta a ação de nada fazer*

*Dor que dói
Dor-ores,
Ar- dores,
Des-seres*

*Cadê a palavra? Cadê?
Afinal, doer?*

Pauleska

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1: Fibromialgia: os descaminhos da primazia do corpo na contemporaneidade.....	18
1.1. Fibromialgia e seu <i>status</i> para as ciências médicas	21
1.2. A fibromialgia sob a ótica da psicanálise.....	22
CAPÍTULO 2. Genealogia da escuta do corpo que dói.....	29
2.1. Recursos metodológicos e estratégias de ação	32
2.2. Percurso clínico-institucional	36
2.3. Dinâmica do acompanhamento	41
CAPÍTULO 3. A transferência de Freud a Lacan.....	62
3.1. A transferência em questão	65
3.2. Sutilezas da relação transferencial	72
3.3. Convergências e singularidades.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	98

INTRODUÇÃO

É do lugar da psicanálise aplicada¹ à Instituição, que nos interrogamos sobre como escutar o corpo que dói, atravessado por uma transferência que não está endereçada ao psicólogo de orientação psicanalítica. Trata-se de discutir uma prática experienciada no Setor de Psicologia de uma Instituição², que oferece atendimento ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde - SUS em Campina Grande-PB. Tal questão surge ao recebermos pacientes com diagnósticos de fibromialgia e/ou dor crônica, geralmente encaminhados por médicos e fisioterapeutas que solicitavam acompanhamento psicológico. Esgotadas as possibilidades de intervenção dentro de suas áreas de domínio, consideravam tratar-se de questões psicológicas, uma vez que os pacientes costumavam relatar, repetidas vezes, suas histórias de vidas. Suspeitavam que a dor relatada pelo paciente, quase sempre era incompatível com os ditames teóricos daquele campo de saber.

Com o tempo, notamos que foi através da transferência³ com a Instituição ou para com os profissionais com quem já se tratavam que esses pacientes se dirigiram ao Setor de Psicologia. Quer dizer, a demanda partia de outrem, não deles próprios. Nos atendimentos ficaram claras as lamentações em torno do corpo dolorido, nas quais se observou uma não plasticidade do discurso, com repetições incansáveis das queixas corpóreas. Se por um lado, as queixas corpóreas como acontecia nas históricas de Freud, poderiam ser vistas como campo fértil para instalação da transferência, enquanto situação analítica, nesses casos, não era bem isso que ocorria. Essas queixas recaíam sobre o corpo, sem que se localizasse qualquer implicação subjetiva do sofrimento. A fixidez discursiva que se delongava, diferenciava do que sucedia na clínica usual, na qual o paciente costumava avaliar o conteúdo que levaria ao *setting*, causado pela escuta e pelo encontro com o profissional, estabelecendo-se, assim, uma relação transferencial positiva com o tratamento, digna de alavancar o paciente de sua solidez discursiva e baseada na associação livre. Ao contrário, eles resistiam veementemente às

¹ Ao longo deste trabalho nos referimos ao profissional de psicologia, cuja práxis tem uma orientação freud-lacaniana, como psicólogo e não como analista. Consideramos que a psicanálise aplicada, assim abordada em contraponto à psicanálise pura, abrange a circunstância institucional a partir da aplicação do discurso do analista à terapêutica do sintoma, mas não caracteriza uma experiência estritamente analítica (Miller, 2001), já que transita por vários outros discursos, como o discurso médico-científico, por exemplo, enquanto ambientada por uma Instituição de Saúde.

² Clínica Escola da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Campina Grande/PB, lócus da pesquisa.

³ Conceito que iremos explicitar mais adiante.

tentativas de interpretação ou inserção de enigmas, à entrada do outro no discurso, pois somente o corpo era protagonista e necessitava de uma intervenção.

Segundo Miller (1979/2002), Freud diferenciou três formas de manifestação do fenômeno da transferência, como discorreremos melhor mais adiante. A transferência como repetição, como resistência e, por fim, como sugestão. Por sua vez, Lacan teorizou sobre o sujeito suposto saber, situando-o como o pivô de todas essas facetas da transferência, enquanto produto da situação analítica. Nesta pesquisa chamamos atenção para o aspecto da ambiguidade da transferência, esse momento em que resistência e repetição se articulam e aparecem como um entrave à situação analítica.

Em *A dinâmica da transferência*, Freud (1912a/2006, p. 112) assinala que o sujeito “está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas”. Já em *Observações sobre o amor transferencial* (1914-1915/2006), Freud assevera que as únicas dificuldades realmente sérias que o psicanalista deve enfrentar residem no manejo da transferência, concebendo-a como expressão da resistência. A interrupção na continuidade do tratamento dá sinais do que resiste à rememoração e cede à repetição inconsciente, atualizando na situação analítica as catexias libidinais a que está fixado psiquicamente e que insistem pulsionalmente como obstáculo à arte de interpretar que já não dá conta do fechamento do inconsciente.

Nos casos atendidos por nós, pouca ou quase nenhuma atenção era dada às pontuações do profissional sobre determinados significantes e atos falhos cometidos pelos pacientes, obturando, de modo geral, os efeitos interpretativos.

A utilização do discurso científico era muito comum para legitimar a inviabilidade de uma fala própria: “não é psicológico”; “é crônico”; “não tem cura”; “tenho que aceitar conviver com a dor”; “não posso fazer mais nada”, “preciso me aposentar”. A ênfase no corpo que doía acusava a precariedade da capacidade de subjetivação desses pacientes e isso modificava o modo de tratar essa dor, já que sobre ela não havia nada a interpretar, nada a saber. Nesse sentido, não só nos perguntamos sobre a tendência para uma relação transferencial de resistência, como nos perguntamos também, se, nesses casos, podemos falar da presença de uma transferência voltada para a psicóloga, interrogando se haveria uma estrutura de saber, ou melhor, do sujeito suposto saber mantenedora da situação analítica.

A partir de Freud, Lacan (1964/1988) leu a transferência como um dos princípios fundamentais da psicanálise, postulando-a como o sujeito suposto saber. Sustentou que “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber [...] há transferência” (p. 220). Esse seria o pivô sobre o qual repousam todos os fenômenos da transferência, que situamos

anteriormente, portanto, um “fundamento transfenômico dos fenômenos da transferência” (Miller, 1979/2002, p.58), produto do discurso analítico e que aqui pomos em questão.

Por conseguinte, distinguimos dois campos em nossa experiência: o trabalho da psicóloga de fazer estremecer o que está fixo e, do lado do paciente, buscar e manter-se no discurso médico-científico, sem deixar brechas. O trabalho de Renata da Costa *As dores corporais na fibromialgia: reflexões psicanalíticas* (2009) traz uma contribuição interessante no sentido de compreender essa necessidade de se fixar no discurso médico. Observa ela que a queixa corpórea determina a construção do saber médico sobre o corpo do paciente, diferente da condição de dores psicológicas que quase sempre não têm o mesmo *status* na clínica médica. As dores psicológicas costumam figurar como fingimento e simulação, o que impugna o saber do doente. Assim, as investigações médicas reforçam a separação latente entre o corpo e o psíquico nas psicopatologias do corpo, reforçando o privilégio do corpo, objeto de manuseio da medicina, em detrimento do sentido que o paciente venha a produzir sobre o *pathos*.

Para nós, é primordial nos questionarmos nessa clínica sobre como tornar esse saber do corpo vivo, refletido no acontecimento de corpo⁴ da dor crônica ou da dor na fibromialgia, traduzível para o paciente, quando as palavras não ressoam segundo a variação da cadeia significante, quer dizer, quando a transferência é problemática nesses termos. “A emergência do sujeito suposto saber supõe o respeito à regra analítica” (Miller 1979/2002, p.84), de falar o que lhe vier, em cumprimento ao fundamento da associação livre, mas, ao invés disso, se observou que a consistência era dada ao corpo biológico assimilado pelas Ciências Médicas. Ao passo que se apraz a satisfação inconsciente do sintoma da dor, se emudece o paciente, já que dessas expressões corporais não é possível advir uma cura. Desde esse deslocamento da estrutura de saber endereçada ao outro, para se localizar no corpo, a transferência é problematizada como resistência. E, nesse contexto, devido à influência do olhar da medicina que supervaloriza o saber no real do corpo.

Como então, considerar a análise uma elaboração provocada pelo significante da transferência (do outro da psicóloga) e seus efeitos semânticos, se, nesse caso, o Outro⁵, sinônimo de alteridade, é o próprio corpo? Como nos orienta Miller (1986), o sujeito suposto

⁴ Noção lacaniana, em torno da qual nosso trabalho vai girar. Tendo em vista que é uma noção em construção, a ela nos reportaremos de modo segmentário, a partir de breves formulações que estudiosos e teóricos da área tem feito, inclusive para pensar uma clínica que lhe seja própria. Contudo, não temos a pretensão de exauri-la em nenhuma dessas formulações.

⁵ No *seminário 11* de Lacan (1964/1988), o “Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem de aparecer” (pp.193-194). Determinação simbólica que preexiste em relação ao sujeito.

saber difere do sujeito que sabe – enquanto aquele está propenso à significação, esse é agente de um efeito bloqueante sobre a elaboração.

Na nossa prática clínica, a suposição de um saber na situação analítica se estabelecia com dificuldade ou não se estabelecia, pois poucos levavam adiante o tratamento psicológico. Se por um lado, a angústia não se mostrava eminente nesses casos, por outro, a queixa corpórea tinha seu reinado num estado de glória para aquele que sofria e prosperava no seu sofrer pela via da vitimização.

Freud (1914/2006) nos advertiu que a transferência também é análoga a um *playground* das pulsões⁶, cenário dos índices patogênicos ocultos para o paciente e pode não estar como instrumento de avanço no tratamento. Freud (1914-1915/2006) estava ciente de que o manejo da transferência era sem garantias e já indicava – como Lacan posteriormente pôde ler como gozo – que estava em questão a superação e o abandono por parte do paciente, de uma satisfação inconsciente. Nesse sentido, ele é contundente ao assumir que:

O psicanalista sabe que está trabalhando com forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanto cautela e escrúpulo quanto um químico. Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos? É digno de nota que a psicanálise tenha de conquistar para a própria, de novo, todas as liberdades que há muito tempo foram concebidas a outras atividades médicas. Certamente não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento. Para muitos casos, eles são suficientes e, quando tudo está dito, a sociedade humana não tem mais uso para o *furor senandi* do que para qualquer outro fanatismo. Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática. Não; na clínica médica sempre haverá lugar para o *'ferrum'* e para o *'ignis'*, lado a lado com as *'medicinas'*; e, da mesma maneira, nunca seremos capazes de passar sem uma psicanálise estritamente regular e forte, que não

⁶ Do alemão *trieb*, que quer dizer, impulsionar, Freud (1915/2006) refere-se à pulsão como uma força constante, endógena, que busca por satisfazer-se, pois é sempre parcial, mas não tem objeto definido e se relaciona com a história singular do sujeito. Diferente do instinto ou necessidade, que tem o objeto biologicamente estimulado, a pulsão nasce no corpo, mas não se reduz a ele. É fronteira e limite entre o biológico e o psíquico, já que o corpo sofre a ação da cultura e da linguagem, motivo pelo qual é marcado por zonas erógenas. A teoria das pulsões em Freud tem forte relação com o conceito de transferência. Já no caso de Dora em 1901, Freud aponta a transferência como “exigência indispensável” (p.111) que solicita um manejo técnico, considerando o caráter imperioso das moções do paciente para o médico. Mais tarde, Lacan (1964/1988, p. 126) definiria a transferência como a “incidência do Outro no circuito pulsional”.

tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente (p.187).

Não podemos descartar que com a legitimação da fibromialgia como doença para a medicina, a dor dos fibromiálgicos tem aporte na ciência e o paciente passa a se utilizar dos recursos a ele oferecidos, sustentado num saber, que, contudo, satisfaz a própria resistência, sob os auspícios do furor de curar o sintoma da doença, sem, no entanto, questioná-lo. Palomera (2012) comenta a afirmação de Lacan (1988) em *Psicanálise e Medicina* sobre a ciência não ser incapaz de saber que pode, mas ser incapaz de saber o que quer. E assinala que a experiência analítica difere da experimentação científica, pois articula o corpo com o saber, diferentemente da ciência que se estabelece excluindo o lugar do desejo e querer do paciente, porque isso não lhe concerne. Mesmo que a ciência não considere as perguntas do sujeito sobre a existência e a sexualidade, a relação entre os sexos e a morte, elas são próprias do ser humano.

Ao considerar que a dor compõe a cena transferencial nesses casos, elemento que de modo algum deve ser desprezado, salientamos a partir de Lacan (1966/2001, p. 856), quem se distanciou do furor de curar, que, "por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis" e, a esse respeito, ele reconhece que onde há dor, há gozo e quanto mais a medicina se utiliza dos objetos da ciência para responder à demanda do paciente, mais se cronifica a doença. O gozo é, pois, isso que retorna do que é banido pelo saber médico, ao desconhecer que no corpo coexistem prazer, dor e gozo.

Apesar de não considerarmos uma equivalência entre dor e gozo, com Queiroz (2012), pensamos que há uma convergência nos casos de dores crônicas ou fibromiálgicas, dores caracterizadas por uma constância da qual se faz usufruto. Os casos aqui estudados "exemplificam a experiência de ultrapassagem para um nível de satisfação que está para além do prazer e do desprazer. Significa que quando se ultrapassa [...] o limiar da dor chega-se ao gozo" (p.11). A esse respeito, melhor nos deteremos adiante.

Quando Lacan (1975/2003, p.565) pondera: "Deixemos o sintoma ao que ele é: um acontecimento de corpo" significa que devemos levar em consideração o corpo no seu acontecer sintomático. Ou seja, a sua relação com a linguagem que permeia o corpo vivo (de gozo). Consideração que não se aparta da citação freudiana: "O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela" (Freud, 1901/2006, p. 112).

Uma vez que a dinâmica dos corpos é a dinâmica das pulsões, isto é, da relação de cada sujeito com o a linguagem, campo “outrificado”, o que se revela é o corte radical entre natureza e cultura de que o corpo sofre os impactos.

Ora, nesse contexto, o que não faz enigma ao sujeito faz enigma à psicóloga ao se questionar sobre a sua clínica, sobre o que resiste nessa relação transferencial, empurrando-o para a pesquisa a partir da sua experiência na escuta de pacientes com dores crônicas e/ou fibromiálgicas. Ao considerar que o gozo faz enganches, especialmente quando situamos a fibromialgia como acontecimento de corpo no contexto simbólico atual da civilização – o que já nos põe um desafio clínico – pensar a transferência em um ambiente institucional nesses termos, é imprescindível para a direção do tratamento segundo uma abordagem clínica interdisciplinar.

A psicanálise, ao longo dos tempos, exerce um importante papel social ao ofertar um lugar de fala e de autonomia aos sujeitos, e, simultaneamente, de reflexão sobre as mudanças no tempo e na história da humanidade, como o surgimento de novos sintomas, a fim de dar destino à desordem civilizatória e seu mal-estar inerente. Com esta pesquisa, pretendemos contribuir com o trabalho da psicanálise na sociedade. As perguntas que nos orientaram para tal iniciativa foram: Como produzir a transferência de um paciente cuja demanda de tratamento vem de outrem? Como trabalhar para que haja uma implicação subjetiva das queixas corpóreas? A transferência institucional modifica a inserção do psicólogo de orientação psicanalítica na prática clínica? Qual a relação entre o saber e a transferência nesses casos? De que lugar ele atua quando o gozo faz enganches? O que o acontecimento de corpo na fibromialgia põe em questão em termos do registro simbólico, do Outro na atualidade?

Buscamos alternativas ao mal-estar dessa civilização, tentando garantir que o sujeito continue no centro do saber sobre si. Trata-se de escutar o corpo que dói, considerando o contexto da primazia dos corpos na nova ordem simbólica, do gozo não simbolizável e a possibilidade de seu tratamento, na medida em que é endereçado. Daí a relação transferencial ser a ponte para a abertura frente a um saber do inconsciente, tendo o analista como testemunha, em ato, utilizando-se desse cenário para ser capaz de ocupar um lugar de parceiro na cura (Laurent, 2010/2012). É uma questão profunda e de sobrevivência da própria psicanálise em nossos tempos, especialmente inserida no social. Se, nesses casos, a transferência é problemática, também é a solução, não no sentido do sucesso, pois a psicanálise rejeita a noção de sucesso, tendo por princípio que o simbólico “rateia, falha” (Miller, 2004a).

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo geral problematizar a escuta analítica da dor/gozo e seu tratamento, refletindo os impasses da relação transferencial na clínica das fibromialgias e dores crônicas, num contexto institucional. É um problema clínico e bordejado por uma escuta do corpo, isto é, orientada pelo real, contudo, sem prescindir do simbólico.

Essa preocupação se encontra presente nas pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório de Psicopathologia Fundamental e Psicanálise da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), especialmente na pesquisa sobre *O Social e as psicopatologias do corpo*, de responsabilidade da Profa. Edilene Freire de Queiroz, na qual este projeto tem aderência.

Inicialmente, iremos discutir a fibromialgia e sua relação com a ciência, sublinhando o apogeu dos corpos hoje, e contextualizá-la sob o vértice da psicanálise. Em seguida, trataremos de problematizar e contextualizar a genealogia da escuta do corpo que dói na teoria psicanalítica, para adiante, traçar o percurso metodológico que nos norteou nesta pesquisa, para uma escuta singular dos casos atendidos em ambulatório, eixo e causa deste trabalho.

1. FIBROMIALGIA: OS DESCAMINHOS DA PRIMAZIA DO CORPO NA CONTEMPORANEIDADE

A ordem simbólica do século XXI já não é mais o que era e isso não é sem consequências para a cura na clínica psicanalítica. Podemos pensar no sentido de que há uma desordem instaurada desde que a palavra está em crise, na era das grandes intensidades, como observa Ram Mandil (s/d) ou em tempos de mutação do laço social, como lembra Lebrun (2003).

A imediatez com que a tecnociência propõe o funcionamento da vida cotidiana subestima e interdita as habilidades do sujeito que, numa escolha forçada, “curto-circuita” seu tempo próprio de elaboração subjetiva. A possibilidade do uso da linguagem indispensável à tradução e apreensão do mundo para cada um, singularmente, é postergada em nome de uma antecipação conclusiva comum à ordem universalizante do social. Ou seja, o saber de si é sobrepujado pelo saber do Outro social, alçado especialmente pelo discurso científico que engendra o sistema capitalista.

A era contemporânea das máquinas informáticas permite certamente a produção de palavras de sínteses, não surgindo de nenhum sujeito, senão orientadas por aquele que as escuta. É esta a ocasião de proporcionar a pergunta pelo sujeito e pelo corpo, em situações do mundo contemporâneo desmaterializado por mensagens eletrônicas, a rede de internet e as novas redes sociais tipo Facebook ou Twitter (Klotz, 2011, p.55, tradução nossa)⁷.

Sobremaneira, as veredas que tangenciam essa cultura, segundo Laurent (2010/2012), fragilizam as ficções que auxiliam na montagem do enredo dos corpos que dão forma ao modo de funcionamento do sujeito, limitando-o e impondo distância à hipersensorialidade. Em contrapartida, a ordem de um universo sem fronteiras, da virtualização, onde a fugacidade dos eventos e objetos favorece a criação de novos mercados, insere o corpo tanto na cadeia produtiva como na cadeia consumidora, como corpo-objeto. Logo, o distanciamento salutar entre o sujeito e seus instintos mais primitivos, em nome da civilização, dá lugar a um acesso inédito ao mundo dos sentidos com o que nele existe de mais orgânico, de literal. Num

⁷ La era contemporánea de las máquinas informáticas permite certamente la producción de palabras de síntesis, no surgiendo de ningún sujeto, sino orientadas hacia aquel que las escucha. Es esta la ocasión de plantear la pregunta por el sujeto, y por el cuerpo, en la situación del mundo contemporáneo desmaterializado por las mensajerías electrónicas, la red de Internet y las nuevas redes sociales tipo Facebook o Twitter.

trabalho de rejeição do senso metafórico próprio da linguagem, a tecnociência aborda a vida através da estatística, das relações intrínsecas entre o homem e as coisas, das mensagens instantâneas, “em tempo real”, onde é suficiente que teclas de comando transformem a realidade nos moldes do ciberespaço. De fato, é pela via do real – muito mais que do simbólico – que há um fascínio por viver como máquina, na crença do homem “liberado” pela ciência (Laurent, 2010), pois “a ciência faz existir no mundo, coisas que não existiam de modo algum” (Laia, 2013, s/p).

A linguagem como aparelho humanizante, cada vez mais fragmentada, sucumbe ao corpo, que recolhe de forma inédita a proliferação de significantes fabricados pelo maquinário social contemporâneo, incorporando-os, a saber, para gozar disso de modo genérico, coletivo. Daí porque os corpos se agitam, também atuantes em meio às nomenclaturas com as quais se identificam imaginariamente, numa instabilidade que acompanha a ditadura da inclusão social. Vulnerabilidade, ao mesmo tempo, ameaçadora e contundente, quando não se atende aos requisitos prepostos de um todo universal. “Para o homem moderno a tradição foi apagada, as ideologias esgotadas, de tal maneira que lhe custa encontrar no social ideais próprios para marcar seu gozo” (Maleval, 2011, p. 91, tradução nossa).⁸

Comprendemos, dessa maneira, a concepção de um novo *modus operandi* dos corpos, onde se veem hoje, novos enredos dos corpos feito bricolagens que se aproximam de um corpo-máquina.

Abordar os sintomas da atualidade e sua afinidade com a nova “ordem” simbólica, caracterizada pela fragmentação dos laços e das narrativas, é considerar novas modalidades de *aparelhamento da pulsão* que de saída, tal como Lacan [1964] enunciou a propósito da montagem pulsional, *se apresentam como não tendo pé nem cabeça – no sentido em que se fala de montagem numa colagem surrealista*. Nossa bússola é o fora de sentido (Maron, 2012, p.11, grifos do autor).

O que os acontecimentos de corpo presentificam hoje? Na tentativa de formularmos um saber a esse respeito, inferimos com Alvarez (2013a, s/p), que “o acontecimento de corpo é aquilo do dizer que esburacou o real, (S1)⁹ que não passou pela maquinaria da linguagem”. Se à nossa época corresponde uma generalização do trauma – ideia que pode ser validada ao

⁸ Para el hombre moderno la tradición se há borrado, loas ideologias se han visto agotadas, de tal manera que le cuesta encontrar em lo social ideales propios para enmarcar su goce.

⁹ Equivale a dizer: significante mestre.

considerar-se que, sob a consistência de uma sociedade velada pela ciência, na qual tudo é manipulável e programável, aquilo que escapa a essa lógica recai no meramente traumático (Belaga, 2004) – o corpo não se esquivava desses efeitos.

Pode-se pensar que, diante de um sistema responsável pela construção de certezas, o sujeito contemporâneo dá-se o trabalho de renegar o inconsciente (e suas formações: lapsos, sonhos, chistes, sintoma) desde sempre estruturado como linguagem, na tentativa de boicotar o que dele escapa, para gozar de uma plenitude que, embora “pseudo”, tem sua crença crescentemente estimulada pelos sofismas científicos.

1.1 Fibromialgia e o *status* para as ciências médicas

Para o discurso da ciência, a dor, outrora vista como um mero sinal denunciativo de que algo fisiologicamente ia mal, com os avanços nos conhecimentos dos mecanismos neurológicos, a dor, sobretudo a dor crônica, passa a ser considerada a própria doença. A fibromialgia é um dos nomes para essa dor (Besset, Gaspard, Doucet, Veras & Cohen, 2010). É considerada doença reumática de alta incidência, polissintomática e, por isso, tida como uma síndrome, devido à presença de sintomas tais como “fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos” (Brasil, 2011). Essa doença atinge 8% da população geral, cuja frequência varia de 2,5% a 10,5% em mulheres e aproximadamente 4% em homens, com predominância em mulheres acima de 35 anos (Sanches, 2009).

No Brasil, desde as portarias de 3 de janeiro de 2002 pelo Ministério da Saúde, já se efetivavam iniciativas voltadas especificamente para o tratamento da dor crônica, como: o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; o Acesso a Medicamentos Especiais; a Criação dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica e as Normas para Cadastramento dos Centros de Tratamento da Dor Crônica (Brasil, 2002). Mais recentemente, a Secretaria de Atenção à Saúde tornou pública a minuta de portaria de 2011 que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dor Crônica. Porém, nos chamou atenção o fato da fibromialgia, entre as demais doenças, ter sido tratada separadamente, devido à dificuldade da classificação dos tipos de dor nela prevalentes (Brasil, 2011).

É recente a pesquisa médica sobre essa patologia, datando de apenas três décadas, apesar de há muito ser reconhecida. “Sua principal característica clínica é a hipersensibilidade para a dor que os pacientes apresentam ao receber um estímulo em qualquer parte do sistema

músculo-esquelético, e que tem determinado a construção dos critérios clínicos atuais para o diagnóstico desta enfermidade” (Collado, 2008, p.517, tradução nossa)¹⁰.

Alguns autores vão divergir quanto ao diagnóstico diferencial, inclusive quanto a considerar a fibromialgia uma patologia comprovável ou não. Na jornada científica organizada em 2008 pela Sociedade Espanhola de Dor, juntamente com a Sociedade Espanhola de Reumatologia, intitulada “Fibromialgia: uma enfermidade mais visível”¹¹ destacou-se que na fibromialgia, o sistema nociceptivo, responsável pela elaboração da dor no corpo está alterado em comparação com pessoas não portadoras da doença (Collado, 2008).

Outro autor, chamado L. M. Torres (2008), afirma que a fibromialgia tem sintomas claros e facilmente explorados. Atualmente, eles podem ser comprovados por ressonância nuclear isotópica, ao verificar que estímulos táteis inócuos, em diversas áreas do cérebro, produzem focos de estimulação como os que produzem a dor. Quer dizer, esse autor considera que há um defeito na interpretação da dor na fibromialgia, que faz com que o cérebro perceba como dor o que é apenas tato e outras sensações normais. Assim como Collado (2008), Torres (2008) também concorda que o processo fisiopatológico na fibromialgia é um fenômeno de sensibilização do sistema nociceptivo central, embora não se saiba comprovadamente se também é periférico. Collado (2008, p. 518) acrescenta que “esse fenômeno na fibromialgia é extenso, afetando a todo o sistema, não se restringindo às possíveis regiões tissulares [no tecido] lesionadas que, em muitos casos, não são sequer observáveis”.¹²

Ainda pouco se sabe sobre sua etiologia e patogênese ou tratamentos que sejam recomendáveis por sua eficácia. Em geral, por não existirem lesões identificáveis, o diagnóstico é exclusivamente clínico (Heymann et al., 2010). A história clínica do paciente e o exame físico minucioso são as bases para a definição diagnóstica dessa patologia. As síndromes somatoformes e de cunho psicossocial estão comumente associadas a ela (Braga & Sequeira, 2013).

Anteriormente chamada de neurastenia, reumatismo muscular, fibrositis, a síndrome da fibromialgia foi um termo cunhado apenas em 1990 pelo *American College of Rheumatology* (ACR), quando foram publicados os primeiros critérios diagnósticos oficiais (anexo I). Novamente, em 2010, a partir de um estudo multicêntrico com 829 pacientes, a

¹⁰Su característica principal clínica es la hipersensibilidad para tener dolor que los pacientes presentan al recibir un estímulo en cualquier parte del sistema musculoesquelético, y que ha determinado la construcción de los criterios clínicos actuales para el diagnóstico de esta enfermedad.

¹¹ Fibromialgia: Una enfermedad más visible.

¹² La Fibromialgia se caracteriza porque el fenómeno de Sensibilización que se produce es extenso, afectando a todo el sistema, escapándose de la influencia de las posibles regiones tisulares lesionadas y que em muchos de los casos no son observables.

ACR validou novos critérios, chamados de preliminares, para definição do diagnóstico da fibromialgia (anexo II) (ACR, 1990; 2010). Na décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10) (2010), produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), a fibromialgia (CID-M79.7) foi descrita como a manifestação de dor músculo-esquelética generalizada crônica, onde inexistem processos inflamatórios articulares ou musculares.

Logo, ao assumir uma categoria nosográfica, os médicos foram chamados a responder com um saber-fazer sobre a dor de tais pacientes, levando-os a confrontar-se com seus limites, o que culminou com a convocação do Conselho Federal de Medicina (CFM) para formar uma maior quantidade de médicos aptos para combater essa doença. Nesse ínterim, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), realizou uma busca ampla e sistemática na literatura médica por diretrizes (*guidelines*) e elaborou em consenso o tratamento da doença (Heymann et al., 2010).

Contudo, o Consenso Brasileiro de Fibromialgia 2010 não foi conclusivo, apesar dos esforços, como demonstrado na definição da fibromialgia elaborada enquanto "um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias" (p. 59). Essa notificação, por sua vez, desemboca no consenso de que a fibromialgia não justifica afastamento do trabalho.

Pois bem, longe de se atingir uma explicação comum à causa da fibromialgia ou mesmo de defini-la, parece ser de comum acordo para a medicina que ela representa uma lacuna para o saber médico-científico ao assumir que o tratamento deve ser particularizado, com o objetivo de controlar a dor, não de eliminá-la.

Em pesquisa recente, buscou-se caracterizar as dificuldades sentidas no diagnóstico da fibromialgia num universo de 257 médicos de medicina geral e familiar que atendiam em Centros de Saúde (CS) no período de 2010 a 2012. Resultou que 91% da amostra confirmou a percepção de que a fibromialgia representa uma entidade nosológica de difícil definição; 81% sentiu dificuldades no diagnóstico, e, 28,2% salientou a dificuldade no diagnóstico diferencial. Quanto ao procedimento médico pós-diagnóstico, observou-se que 39% dos médicos referenciaram os doentes para outras especialidades, sendo que 22% realizaram tratamento e 39% apenas referenciaram para outras especialidades, principalmente para a área da reumatologia, em 63% dos casos.

Segundo os pesquisadores Braga e Sequeira (2013, p.11), "a demora média do diagnóstico foi de 12,3 meses, com desvio padrão de 4,943". Conclusão: Há um reconhecimento por parte dos médicos dessa pesquisa, de que deveria existir maior celeridade no diagnóstico, contudo, sugerem maior facilidade na referência para as especialidades e

desenvolvimento de programas de formação. Ou seja, a classe médica reconhece uma incipiência no trato da medicina para com tais pacientes e essa dificuldade traz consequências para a saúde pública, uma vez que se apresenta certa comodidade em tratar da doença referindo-a a sistemas classificatórios, senso comum para a medicina. Quando os mesmos não dão conta da ação do médico, a perturbação é generalizada, seja dos pacientes ou dos próprios médicos, mas pouco se reflete sobre soluções clinicamente condizentes.

De todo modo, não existem critérios de remissão da doença, então não se evade ao indicar tratamentos outros, além do medicamentoso, como a psicoterapia, conjecturando as comorbidades de cunho psiquiátrico, como os transtornos de ansiedade e depressão, muito frequentes nesses casos (Heymann et al., 2010). Um dos pesquisadores da OMS, Ehrlich (2003, p.672), também destaca que fatores psicológicos são muito mais importantes em pessoas acometidas por essa doença, para os quais é preciso atentar. Entretanto, mesmo relacionando a doença a fatores estressores, dos 257 médicos inquiridos na pesquisa realizada por Braga e Sequeira (2013), registrou-se referência para a especialidade da psicologia apenas na frequência de três vezes, não sendo esse dado discutido nos resultados da pesquisa.

Na revisão da quarta versão do mais conhecido guia de diagnósticos de disfunções mentais, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) de 1990, esse que mantinha a fibromialgia na série das síndromes somatoformes, ocorre uma mudança desanimadora para aqueles que lutaram pelo reconhecimento de uma causa fisiológica para a doença. Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2013a), no DSM V (2013), a patologia é retirada do rol de classificações no sentido de não ser especificamente enunciada. Contudo, para enquadrar-se como um distúrbio somático agora, é necessário que o sintoma em questão seja causa de estresse ou resulte em ruptura das funções diárias, que se apresentem pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos e inapropriados em torno do sintoma, além da condição de que haja uma persistência do mesmo, por no mínimo, seis meses. E isso também se aplica aos sintomas dolorosos, conforme APA (2013b).

De nosso ponto de vista, tal omissão classificatória no DSM V (2013) reflete o modo das ciências médicas pensarem aquilo que lhes escapa quando o parâmetro é seguir indicadores objetivos para o *pathos*. Independente dos sistemas classificatórios que a comportam, é fato que a demanda de tratamento da fibromialgia é crescente, desafiadora para todos, pacientes e profissionais da saúde. Nossa mobilização é a constatação de que precisamos refletir sobre a melhor maneira de trabalhar em conjunto, haja vista que diante da inoperância no combate a esse mal, o psicanalista é requisitado a interceder (Nobrega, 2012).

1.2 A Fibromialgia sob a ótica da psicanálise

Como demonstram as anorexias, bulimias, toxicomanias e fibromialgias, há um corpo contemporâneo à queda da “moral sexual civilizada”. O discurso estabelecido à época de Freud (1908/2006) era recalçador, velava a insuficiência do registro simbólico através de uma restrição organizadora, regulada pelo apelo à tradição e às normas, com instituições sociais firmemente estruturadas. Freud (1893/2006) já havia constatado que as histéricas não davam vazão, pela via do discurso, ao que sofriam, e, convertiam esse sofrer subjetivo para seus corpos. Na época vitoriana isso era provocado pelo fato de o social reprimir todas as manifestações sexuais na mulher. Hoje, a vazão pelo corpo se dá, justamente pela liberação do gozo e pela prevalência da sensorialidade, como podemos supor ocorrer na fibromialgia. Isso nos leva a questionar o que estaria subjacente na dor da fibromialgia; se tal dor não seria a expressão de um gozo¹³ não simbolizável.

O prazer é a excitação mínima, aquilo que faz desaparecer a tensão, tempera-a ao máximo, ou seja, então, que é aquilo que nos faz parar, necessariamente, a uma distância regulamentar do gozo. Porque aquilo que chamo gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto e até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada (Lacan, 1966/2001, p.12).

No texto *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1925-1926/2006, pp. 91 e 95) Freud já pontuava que “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente”, que requer a presença de um processo patológico, ou melhor, de um corpo físico. Características como a repetição e a fixidez são apontadas por Freud, como sendo relativas ao sintoma enquanto satisfação parcial, sempre substitutiva de uma satisfação impossível, porém, localizável, seja na psicopatologia, seja no corpo. “Através do

¹³ Na psicanálise lacaniana, o gozo é “a experiência de ultrapassagem para um nível de satisfação que está para além do prazer e do desprazer” (Queiroz, 2012, s/p), acima do princípio responsável pela homeostase orgânica. Podemos citar o exemplo do que ocorre com os bebês. Quando no ato de sugar o leite materno e saciar a sua necessidade vital de alimentar-se, agrega um *plus* (um *mais ainda* que acede ao autoerotismo) que, em decorrência da repetição do movimento de sucção, não se restringirá à necessidade, mas implicará na condição erógena daquela região que foi estimulada (Lacan, 1972-1973/2003).

sintoma, Freud tentava decifrar as perturbações das funções do corpo e, nesse ínterim, relaciona a dor física com o que é regular, contínuo, da ordem da pulsão por ser imune às defesas fisiológicas” (Nobrega, 2012, p. 171).

Sabemos também muito pouco sobre a dor. O único fato do qual temos certeza é que a dor ocorre em primeiro lugar e como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo pulsional contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta do estímulo o ponto que está sendo estimulado, é impotente (Freud, 1925-1926/2006, p. 165).

Para Freud (1925-1926/2006), a economia da dor que se acha concentrada na parte danificada do corpo, tem as mesmas condições econômicas que a intensa economia de anseio que está concentrada no objeto do qual se sente falta ou que está perdido. Sobre a dor física, dirá: “A dor é assim a reação real à perda de objeto” (p.165). Daí um paradoxo se coloca:

[...] se, por um lado, a dor advém de uma perda adjacente, por outro, a dor é uma tentativa de fazer reaver essa perda. Freud relaciona a reação do corpo que dói com a busca de uma satisfação, cuja pretensão presentifica uma fenda, uma falha do sentido. Freud antecipava algo de um rochedo na experiência analítica, que subsistia a qualquer interpretação, reconhecendo o real, o heterogêneo do sintoma, o fora de sentido a que a dimensão de satisfação do sintoma submete o sujeito (Nobrega, 2012, p.172).

A dimensão corporal do sintoma é, assim, assimilada por Lacan, através do conceito de gozo, índice de um saber no corpo, de ordem sexual, sobre o real da não relação (Lacan, 1968-1969/2008). Sobremaneira, a dor revela o corpo como o *locus* de gozo, na sua capacidade de fazer usufruto do irremediável lugar de perda inscrito no corpo. Isto é, “a dor é testemunho da presença da pulsão no corpo e a pulsão, por sua vez é um vestígio da linguagem que modifica a necessidade” (Queiroz, 2012, s/p).

A linguagem contingente de cada um rege o movimento que promove o circuito pulsional, ou, aparelha o corpo enquanto montagem de gozo. Ocorre que, como exposto anteriormente, a depender do modo como a linguagem está sendo levada a cabo para dar

conta do real na montagem de gozo, a partir do contexto histórico-social, o repertório cultural vai influenciar em como tais aparelhagens de gozo se dão. Assim, os sintomas corporais vão se modificando, também de acordo com o repertório cultural de cada tempo, de modo que a dor crônica hoje denuncia a relação do simbólico com o real da atualidade.

Lacan funda o gozo a partir de uma referência ao *Das Ding* freudiano, ou seja, numa situação anterior a todo significante. Diz ele: o gozo está na coisa enquanto que o desejo está do lado do Outro. O gozo não passa pelo Outro, não passa pela linguagem. O gozo está para além da dor, justamente porque há uma cisão entre aquele que goza e o Outro. Se dor e gozo, do ponto de vista quantitativo, dizem respeito à ultrapassagem do limite de suportabilidade de excitação, do ponto de vista qualitativo a dor indica a qualidade do desprazer quando este limite é ultrapassado e se endereça a Outrem, já o gozo se relaciona ao não limite entre o sujeito e o Outro: ou porque ocorreu uma colagem ou porque o Outro foi excluído (gozo autístico) (Queiroz, 2012, s/p).

Na intervenção de Miller no IV Congresso da AMP no ano de 2004, em Comandatuba, ele partiu da afirmação de que hoje “somos desbussolados”, para se perguntar sobre desde quando isso acontece. De sobressalto, segundo ele, a psicanálise teria contribuído com o desbussolamento do sujeito a partir do sucesso da liberação do gozo, isto é, com a queda da moral civilizada desde Freud, bússola que inibia e amparava o sujeito. Nesse sentido, Miller formulou uma fantasia: “Talvez estejamos desbussolados desde que temos bússolas”. Referiu-se à ruptura com a estabilidade garantida pela natureza que sustentava os símbolos de um real agrícola, parceiro da natureza, hoje tomada pela multiplicação dos artifícios. Essa ruptura instaurava-se desde duas metáforas: da agricultura pela indústria e da natureza pelo real. O objeto a ¹⁴ em seu estado natural dava lugar à produção industrial do mais-de-gozar¹⁵. Assim, Miller levantou uma suspeita, a de haver outra bússola para a civilização hoje: o objeto a como mais-de-gozar. Esse objeto que atingiu o ponto mais alto, o céu paradigmático,

¹⁴ Noção que Lacan constrói para referir-se ao produto de uma relação arcaica de troca entre o sujeito e o Outro, a qual é eminentemente objetual. Se por um lado, o objeto é sempre perdido, negativizado, por outro, é condensador de gozo, positivado, pois condensa um *plus* relativo aos efeitos que a inscrição significante exerce sobre o corpo como causa de desejo.

¹⁵ Analogia que Lacan (1969-1970/1991) faz com relação à mais-valia de Marx, em suas palavras: “O que Marx denuncia na mais-valia é a espoliação do gozo. No entanto, essa mais-valia é o memorial do mais-de-gozar, é o seu equivalente do mais-de-gozar. A sociedade de consumidores adquire seu sentido quando ao elemento, entre aspas, que se qualifica de humano se dá o equivalente homogêneo de um mais-de-gozar qualquer, que é o produto de nossa indústria, um mais-de-gozar — para dizer de uma vez — forjado” (p.76).

referência das sociedades agrícolas de outrora. Afirma: “Multiplicaram-se os artifícios e o mais-de-gozar da produção industrial é o avesso dessa natureza que diz de um objeto perdido, que falta. Na contramão, há uma tendência ao sem medida, que convida a ultrapassar as inibições, ao ‘isso funciona’” (p.10). Daí a proliferação dos S1 da atualidade no lugar do significante mestre, dado a cair, de modo que o saber é relativizado, pois está no lugar da verdade/mentira.

Nesse contexto, lemos a fibromialgia como uma patologia atual, que se distancia da natureza enquanto faltosa, mas se aproxima do excesso que configura esse funcionamento efetivado pela via do desmedido. Dessa forma, pensamos que os significantes produtos do discurso científico (“crônico”, “tender points”, “distúrbio do sono”), imprimem uma normatização nosográfica nesses corpos doloridos. Se esse consenso é fruto de um comitê de ética médica, também é produto da nova ordem simbólica, pois o corpo desestabilizado pela dor, sem se saber por que, aponta que “isso falha”.

Com o reconhecimento social da fibromialgia, a dor dos fibromiálgicos tem aporte num corpo biológico, cujo empirismo médico, está autorizado a antecipar uma conclusão que ultrapassa o enigmático do corpo que fala através da dor. O sujeito desbussolado é convidado a aderir a esse S1 “fibromialgia”, sob os auspícios do furor médico de sanar o sintoma da doença diante do obscurantismo de sua causa. O objeto *a* no lugar de agente do discurso da ciência, é causa de gozo desse S1 (Um-sozinho) e não de um saber do sujeito sobre a sua dor.

Ora, a ciência é responsável por um vasto repertório de significantes vazios de alteridade, que nomeiam esses corpos desinibidos e performáticos em resposta à contemporaneidade. Esses significantes são vazios porque os sistemas classificatórios ordenam-se segundo o imperativo do corpo vivo, biologicamente fundamentado, para o qual não há mediação da linguagem, isto é, de outrem na história desses corpos. Esse rechaço do campo do humano por parte da ciência passa a modelar o circuito pulsional, provocando uma verdadeira mutação da pulsão, ao fazer consistir, cada vez mais, a fragmentação e a precariedade da palavra como ponto de estofó para cingir os corpos da atualidade. Desse lugar, os corpos reagem, “in-corporando” esses significantes que não se associam a um saber do lado do sujeito, mas respondem ao saber já pronto, ofertado pela ciência. Engancham-se e fixam-se corporeamente, pela dificuldade de deslizarem: S1-S2¹⁶, já que, para a ciência, essa é a verdade.

¹⁶ S2 equivale a um saber derivado do significante mestre ou S1, construção da cadeia significante: S1, S2, S3, Sn.

Lacan afirma que “as pulsões são no corpo, o eco do fato que há um dizer” (1975-1976/2003, p. 218). Compreendemos que a dor é, antes, reconhecer que há um corpo que dói porque há uma linguagem em jogo. Podemos proferir, nesse sentido, que o corpo fala, sem perder de vista que assim o é, porque a fala atravessa esse corpo, afetando-o, demonstrando o seu ponto de falha no acontecimento de corpo. Com a queda dos significantes-mestres que faziam velar a falha constitutiva do simbólico, observamos a dor corporal na fibromialgia, como um mais-de-gozar que revela uma ferida aberta à catástrofe da ordem simbólica, cujas consequências são transparentes à clínica psicanalítica (Nobrega, 2012, p. 174).

E quando falta significante, quando a palavra desertou do corpo, deixa de existir distância entre o gozo e o corpo, razão pela qual Lacan afirma que o gozo é no corpo e fora da linguagem. Em outras palavras, quando não se representa os acontecimentos sensoriais, quando não se dá sentido a eles, o corpo fica numa relação de exclusão com a cadeia de linguagem e aquilo que seria experimentado como dor transforma-se em gozo. Só o significante é capaz de fazer borda ao gozo (Queiroz, 2009, s/p).

Como adverte Miller (2004a): “A ditadura do mais-de-gozar devasta a natureza [...] remaneja o corpo”. Nesse sentido, é possível afirmar que acontecimento de corpo e trauma dialetizam, pois demarcam onde a insegurança atinge e se referem a uma ruptura, uma descontinuidade, quer dizer, ao rompimento agudo da cadeia significante; quando os registros simbólico e imaginário mostram-se insuficientes, como um piso que cede dando lugar a uma fenda que aponta para o sem sentido da experiência.

Por sua vez, o tratamento atual para esse corpo sofrente da fibromialgia perpassa o saber científico que difere da proposição freudiana da cura pela palavra, pois vende a cura sem possibilitar que o sujeito atente para um saber de si; nada faz enigma de saber do lado do sujeito, que permanece refém da sua patologia corporal. Como observa Assad (2009), eis que a suposição de saber está de fora e o corpo está em cena no lugar do sentido.

Segundo Laurent (2013, s/p), em seus comentários sobre o DSM V (2013), há um empuxo a certa homogeneização dos diagnósticos, uma rivalidade narcísica entre especialistas, uma diminuição da tolerância para a excentricidade, tendência à medicalização da diferença. O estilo de vida globalizado provoca um mal-estar particular que empurra a nomeação envaidecida – nascimento do conceito foucaultiano da biopolítica – e a reação dos sujeitos é distorcer essas categorias, numa performance desses corpos.

A dor corporal na fibromialgia chama atenção para os psicanalistas contemporâneos que tentam refletir sobre a atuação desses corpos em suas clínicas. Dentre eles, Serles (2013, s/p) dirá que o corpo na fibromialgia escreve uma ficção como anteparo frente ao real. Em sua experiência com uma paciente fibromiálgica, observou que a dor se tornou uma possibilidade do sintoma fazer laço social. Besset e Júnior Brandão (2012, p.445), num dentre muitos de seus trabalhos sobre a fibromialgia, a aproxima da histeria, mas não a restringe a essa estrutura clínica, pois se preocupa em investigar a função da dor na estruturação psíquica de cada sujeito, grifando que pode se dar “tanto como sintoma a decifrar, na neurose, quanto como nome para localizar um *falasser*¹⁷ na relação com o Outro, na psicose”. Afirma que a dor pode “‘fazer um corpo’ para o *falasser* que não dispõe de uma imagem corporal que sustente a ilusão de ‘se ter um corpo’” (p.440). Já Goldenberg (2013)¹⁸ fala da dor corporal como sendo de difícil localização na fibromialgia, por ser difusa e crônica, e, que se caracteriza por uma mudez atravessada pelo não reconhecimento do inconsciente por parte da ciência:

Trata-se desse saber que se encontra disjunto, que localizamos no inconsciente, um saber que é estranho à ciência. Se ele realmente se impõe é porque não diz bobagens, por mais bobo que seja; responde ao discurso do inconsciente e a ciência deve aceitá-lo como um fato [...]. Lacan nos adverte para não nos deixarmos apanhar na tentativa de unificação do discurso da ciência com o inconsciente (Goldenberg, 2013, p.160).

Recentemente, participamos de uma mesa simultânea de trabalhos sobre o tema da fibromialgia, no V ENAPOL e VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana, em que se corroborou a dor da fibromialgia como uma dor muda, até que se instaure a presença do analista. Observamos que a transferência, no caso apresentado por Strozzi (2013, s/p), deu-se pela via da escuta oferecida pelo psicanalista, de uma dor antes, nunca escutada, e desde que escutada, oportunizou uma fala. No caso trabalhado por Rosenberg (2013, s/p), a inserção do analista se deu quando ele se prestou a partilhar, junto

¹⁷ Tradução em português do termo *parlêtre*, cunhado por Lacan, para designar o homem como um ser falante. Refere-se à dimensão de gozo que ele comporta, desde que recortado pela linguagem.

¹⁸ Trecho do texto Fibromialgia, uma dor “muda”, encontrado na página do V ENAPOL, VI Encontro americano de psicanálise de orientação lacaniana. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf>. Acesso em: 16/02/2014.

com a paciente, dos ruídos que o seu corpo fazia e, que, no contexto eram sons soltos, que foram elevados à categoria de um significante.

2. GENEALOGIA DA ESCUTA DO CORPO QUE DÓI

Na passagem do século XIX para o XX, as investigações da escuta do corpo na metapsicologia psicanalítica têm Freud como precursor e são investigações eminentemente clínicas. Como escutar o corpo? Freud se deparou com performances corporais enigmáticas para as ciências médicas de sua época, diante das quais se permitiu interrogar sobre seus significados e representações. Seu fio condutor foi a escuta. Em outras palavras, autorizar o seu silêncio possibilitou que esses corpos portassem uma fala, sendo escutados para além das patologias e do discurso comum. Foi a suposição de “um para além do corpo biológico”, que o mobilizou e conduziu a criação do Inconsciente enquanto instância psíquica.

Isso não se deu a partir da escuta de um corpo qualquer, mas do corpo histérico. Freud não recuou diante do estigma do contágio psíquico das manifestações corporais na histeria, tidas como simulações relacionadas a um mal do gênero feminino, dada a etimologia da própria palavra, pois *hystéra* do grego, quer dizer útero (Freud, 1888/2006).

O ceticismo beirava toda investigação clínica que não se respaldasse em evidências empíricas, como era o caso das histerias. Ainda assim, Freud defendia que a histeria não estava no rol caótico das neuroses, como a medicina de sua época acreditava, mas chamava atenção para uma organização inerente àquela patologia e para a qual os médicos deveriam reportar-se em suas clínicas. Nas palavras dele, “embora extremamente multiforme, tornava impossível duvidar de que imperassem nela [na histeria] uma lei e uma ordem” (Freud, 1886-1956/2006, p.46).

Com Freud, podemos dizer que o estatuto do corpo funda a própria Psicanálise, ao dar lugar ao que do sujeito não é reconhecido pelo discurso científico, seus dejetos: sonhos, lapsos, atos falhos e o sintoma.

Ao trabalhar com as histéricas, Freud percebe que a fala delas afeta o seu corpo. O que a histérica mostra é algo de si, em seu corpo, pela via do sintoma. É o sintoma que faz o diálogo; o que sobressai desse diálogo, desse discurso, é a ideia da presença de um conflito inconsciente que remete a um desejo de ordem sexual. O corpo da histérica, evidenciado pelo fenômeno da conversão, tende a expressar o psíquico, obedecendo à lei do desejo inconsciente, coerente com a história do sujeito (Lazzarini & Camargo Vianna, 2006, p. 243).

Freud tentava decifrar as perturbações das funções do corpo, enredando-se no fato de que há um dizer sobre a sexualidade que ecoa no corpo, no que concerne ao sintoma para o ser humano e sua relação com o inconsciente. Ao vislumbrar uma teoria da sexualidade a partir da escuta do corpo histórico, observa que o corpo é sexualizado, quer dizer, segundo Lazzarini e Camargo Viana, é “fragmentado em diversas zonas, denominadas por zonas erógenas, que são lugares privilegiados onde se estabelecem as relações entre o dentro e o fora do corpo” (p. 244). Os autores acrescentam, que a condição da sexualidade “é ser polimorfa, o que significa que esta tem uma pluralidade de objetos possíveis” (p. 244).

Assim, o corpo para a psicanálise está para além da anatomia, na medida em que não coincide com o organismo. Equivale a dizer que as pulsões fazem borda no corpo, demarcando um limite entre a necessidade e o desejo, entre o biológico e o psíquico. Através das pulsões, o corpo é “inserido na linguagem, na memória, na significação e na representação” (p.242). E isso se dá desde o contato do corpo do bebê com as excitações vindouras da sua relação com a figura materna, ou, entre o corpo e o imaginário social. Pois, “a pulsão, pela sua ligação com o corpo, como força constante e exigência de trabalho imposta ao psiquismo, seria origem e um dos fundamentos do sujeito” (p.244).

Em coerência com a metapsicologia freudiana, Lacan releu Freud, segundo Gurgel [s.d.], deixando-se surpreender com a fala, na medida em que se prestou a ouvir o que ela não dizia, aparecendo o inassimilável na linguagem que escancara um inconsciente inesgotável diante do sentido. Lacan afirmava: “Não apenas o homem nasce na linguagem exatamente como nasce pela linguagem” (Lacan, 1967-1968/2006, p. 36), para apontar que a linguagem enquanto noção de estrutura – que funciona a partir de uma articulação da cadeia de significantes com uma cadeia de significados que lhes são correspondentes – é um campo de alteridade que não só nomeia o homem, como permite ele próprio nomear a si mesmo e as coisas, de modo a relativizar toda materialidade através de metáforas e símbolos.

A formalização lacaniana do inconsciente estruturado como uma linguagem exprime que o inconsciente se organiza sob uma superposição de símbolos (Lacan, 1953/2005), de onde derivam suas formações representadas pelos chistes, sonhos, lapsos de memória, atos falhos e sintoma. O inconsciente seguiria, assim, a lógica do significante para a qual, os analistas deveriam atentar na experiência analítica (Lacan, 1957/1988).

Sobretudo, o discurso equivoca, o simbólico falha. Logo aí, onde não se pode dizer tudo, é onde há uma falta a ser, uma hiância/causa que conclama a realizar-se. Ora, o sintoma como aquilo que manca, não aponta senão para o caminho do inconsciente estruturado como uma linguagem. É na interrupção da cadeia significante, nesse ponto de ruptura, que podemos

apontar o corpo, suas manifestações e acontecimentos, como uma forma de linguagem, embora que sem palavras, pois não se situa no campo do simbólico, mas no campo do real do corpo, posto enquanto alteridade gozante.

O corpo terá lugar no segundo momento do ensino de Lacan. Ele adverte que é justo no intervalo entre significantes que o sujeito é aniquilado, pois onde o paciente não se reconhece, é onde o seu inconsciente (enquanto estrangeiro) goza dele. Sendo assim, o equívoco seria da ordem do sem-sentido, apontando o gozo – que não é sem corpo – como a lei do significante (Lacan, 1974/1993).

Lacan vai do sentido ao fora de sentido, do sintoma como metáfora ao acontecimento de corpo que deflagra o real. Podemos dizer que nos acontecimentos de corpo, o gozo próprio à linguagem rege o ser falante ou *fallasser*, pois o seu “discurso (corporal) é tal que o sujeito suspende o quê nele? Exatamente sua função de sujeito [...]. O sujeito, aí é sufocado, apagado, no instante mesmo em que aparece” (Lacan, 1968-1969/2008, pp. 19 e 21). O paciente não se reconhece quando a serviço do gozo, evidenciando-se que não há possibilidade de simbolização, estando imerso no sem-sentido. Se o gozo é o limite da capacidade de simbolização, é esse um terreno de incidência do analista, tanto para localizar o modo de gozo sintomático do paciente, quanto para tentar retificá-lo em seu aspecto subjetivo.

Quando Lacan afirma que o sintoma é, por si só, um acontecimento de corpo, é para dizer que não se suprime o gozo, resultado de um corpo vivificado e banhado por significantes, salvo que “o ser falante é essa relação perturbada com o próprio corpo que se chama gozo” (Lacan, 1971-1972/2001, p. 41). É possível ir formulando que o acontecimento de corpo se refere a um corpo pulsional, cuja via de abordagem não se dá pela mensagem a ser decifrada, mas pelo fora de sentido. O corpo vem constatar que há um vazio sem-sentido, uma vez que o Outro não é capaz de recobrir a falha do simbólico.

No ensino de Lacan, o corpo é um efeito da linguagem, ele é ‘o leito do Outro’. Em “Radiofonia” (1970/2003), o corpo é feito ‘deserto de gozo’ ou superfície na qual se inscrevem os traços mortos de um gozo perdido, mas ele é também buraco ou borda corporal, por meio da qual o gozo é cativado para fora do corpo por objetos que o condensam e que são peças separadas do corpo: seio, fezes, olhar e voz. Mortificado pelo significante, o corpo se confunde com o Outro, com o corpo do simbólico, mas ele é também gozo pulsional, que busca restaurar o que lhe resta de vida na parcialidade dos objetos. Entre ambos, o encontro será para sempre faltoso (Oliveira, 2012, p.6).

Em uma experiência analítica, o gozo pode orientar a escuta do corpo do ser falante, para que o paciente possa saber fazer da “pedra no caminho”, que é o gozo mortífero, uma pedra qualquer. Na relação transferencial, é o gozo que resiste, que se repete por resistir a uma elaboração, a “pedra de toque” do psicanalista. Na tentativa de refletir sobre a dificuldade de produzir a transferência em pacientes cujos corpos manifestam dores fibromiálgicas ou dores crônicas, nosso trabalho se utiliza da interpretação psicanalítica das experiências de escuta ambulatorial em Instituição conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Campina Grande, conforme o que se segue, após traçarmos o nosso percurso metodológico.

2.1 Recursos metodológicos e estratégias de ação

Na tentativa de refletir sobre os ditames transferenciais de uma escuta particular do corpo que dói, partimos da noção lacaniana de acontecimento de corpo, noção que ainda está em construção no âmbito da clínica psicanalítica. Miller propõe estudá-la a partir da frase de Lacan, em *Joyce, o Sintoma*,

Deixemos o sintoma ao que ele é, um acontecimento de corpo ligado a que se o tem, se tem ares de [...]. Assim, indivíduos que Aristóteles toma como corpos podem não ser nada além de sintomas, eles próprios, em relação a outros corpos. Uma mulher por exemplo, é um sintoma de um outro corpo (Lacan, 1975/2003 p.565).

No segundo ensino de Lacan, fala e gozo se aproximam a partir do estatuto do corpo. Para os seres de linguagem, ter um corpo difere de ser um corpo, pois sendo da ordem de uma aquisição linguageira, o corpo é, fundamentalmente, condensador de gozo. Quer dizer que a linguagem não só opera marcas no corpo, como é causa de gozo. Dessa constatação, Lacan adotou o termo *falasser* para incluir na noção de sujeito, além da função mortificante do significante, com o seu poder de matar a coisa, a função de determinar o regime de gozo daquele que fala, condensando gozo e linguagem na medida em que o sujeito tem um corpo. Lacan (1975-1976/2007, p.64) sublinha que “o *falasser* adora seu corpo, porque crê que o tem” e revela: “Na realidade, ele não o tem, mas seu corpo é sua única consistência, consistência mental, é claro, pois seu corpo sai fora todo instante”, contudo, “não se evapora”.

Nesse sentido, Miller relaciona acontecimento de discurso e acontecimento psíquico ao explicitar:

Trata-se sempre, com efeito, de acontecimentos de discurso, que deixaram traços no corpo. E estes traços desorganizam o corpo. Fazem sintoma nele, mas na medida em que o sujeito em questão esteja apto a ler esses traços, decifrá-los. Isto, finalmente, tende a reduzir-se a que o sujeito encontre os acontecimentos que estes sintomas traçam (Miller, 2004b, p.51).

O sintoma freudiano, como mensagem a ser decifrada, dá lugar ao acontecimento de corpo, no qual o fora do sentido faz ecos de um dizer encarnado, traço de gozo. Admitimos um corpo que fala, e, desse ponto de vista, a dimensão do registro do real na topologia lacaniana ganha destaque, pois favorece a investigação do que pode haver de mais singular no corpo que fala (Alvarez, 2013b)¹⁹, o sintoma como gozo. Em nosso caso, essa investigação se dá na possibilidade de ler o sintoma da dor, como marca de um dizer singular da história própria da aquisição de um corpo para cada paciente.

Partimos do princípio de que recebemos esses pacientes diagnosticados pelo médico. Como nossa proposta é pensar o engajamento inicial, não podemos estabelecer um diagnóstico estrutural sem, antes, termos tido um acompanhamento mínimo. O que é fundamental é marcar uma transferência que existe e se endereça para o médico ou fisioterapeuta, e uma vez endereçada àqueles, pensar qual a operação para que se dirija ao psicólogo de orientação psicanalítica. Reconhecemos, contudo, que se existe uma psicanálise no centro da Instituição, há que se trabalhar vislumbrando um diagnóstico diferencial a fim de oferecer o tratamento possível no um a um de cada caso. Sublinhamos a importância de trabalhos que têm investigado a abordagem da fibromialgia a partir do diagnóstico clínico particular ou diferencial do caso, articulando a singularidade do sujeito através da sua forma de enlaçar os três registros, real, imaginário e simbólico, perfazendo uma tipologia estrutural neurótica ou psicótica, como é o caso do trabalho de Besset et al. (2010).

Os recursos metodológicos utilizados são pertinentes à pesquisa psicanalítica, tendo como produto da situação psicanalítica de pesquisa o texto metapsicológico que trabalha com um campo e com um objeto psíquicos, cujos processos são abordados do ponto de vista dinâmico, tópico e econômico.

¹⁹ Trecho do texto: Falar com qual corpo? encontrado na página do VI ENAPOL, VI Encontro americano de psicanálise de orientação lacaniana: < <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf>. Acessado em: 18/01/2014.

Em se tratando de uma pesquisa metapsicológica, esse estudo considera a transferência como via de acesso ao singular e paradigmático da experiência analítica, possibilidade de interpretação analítica, como indica Caon (1994). Esse autor recusa o uso da metapsicologia como aparelho protético de pesquisa, pois assume a sua capacidade criativa, como condição de reinvenções e reposicionamentos. Desse modo, a busca por invariantes no campo do sujeito do inconsciente, a partir da escuta, prolonga-se na possibilidade de produção da própria metapsicologia, bem como da posição analítica do psicanalista, além de assegurar a transmissão que a sua produção implica como geradora de enigmas no social.

Enquanto situação de pesquisa clínica, esse trabalho toma como fio de prumo, a prática clínica com pessoas fibromiálgicas e/ou portadoras de dores crônicas, acompanhadas em um ambulatório de Instituição que oferece o serviço psicológico pelo Sistema Único de Saúde-SUS, na cidade de Campina Grande-PB e que já tiveram seus acompanhamentos psicológicos encerrados entre o ano de 2011 e início de 2013. O diagnóstico fibromiálgico, na maioria dos casos, coincidiu com o diagnóstico de dor crônica, conforme a ótica de cada profissional (médico e/ou fisioterapeuta), com exceção de um único caso.

Fizemos uso de um banco de dados já existentes, a partir dos registros em prontuários da Instituição, dos quais selecionamos cinco casos clínicos para estudo de seus fragmentos, cujos pacientes foram consultados no sentido de autorizar tal estudo ou não. Tentamos localizar os pacientes por meio dos dados registrados em seus prontuários e marcamos encontros na Instituição em questão, através de contato telefônico. Na ocasião, ofertamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo III) personalizado para cada participante e explicitamos sobre a pesquisa em geral, a partir de uma leitura dirigida do referido Termo, junto a cada paciente. Essa iniciativa lhes propiciou um momento importante de fala, tanto sobre as suas opiniões com relação à pesquisa, além de esclarecimentos, quanto sobre o conteúdo pessoal, como relatos de suas situações atuais com relação à patologia.

O TCLE continha, de forma personalizada, o resumo de cada relato coletado durante o período de atendimento, bem como o histórico do paciente na Instituição, com o registro do percurso de consultas médicas e terapêuticas realizadas (anexos IV, V, VI, VII), a fim de melhor lhes possibilitar a decisão de autorizar ou não os dados para estudo e análise deste trabalho. Com exceção de um paciente que não foi localizado por meio dos contatos disponibilizados no banco de dados da Instituição, os demais consentiram em ceder seus dados para a pesquisa e assinaram o TCLE.

Nos quatro casos clínicos desta pesquisa, todos frequentaram, em geral, uma sessão semanal, com a duração de aproximados trinta minutos. Os pacientes são do sexo feminino

entre 25 e 53 anos de idade, corroborando com as estatísticas das ciências médicas que afirmam que o índice de portadores de fibromialgia, em sua maioria, é do sexo feminino e dentro dessa faixa etária (Sanches, 2009). Os casos clínicos se dividiram em dois tipos: a) aqueles cujos pacientes compareceram a um total de três sessões, como no caso da paciente 01 e 02 e b) aqueles cujos pacientes compareceram a mais de três sessões, mas não deram continuidade ao tratamento, como os pacientes 03 e 04.

A escolha desses casos clínicos ocorreu por serem emblemáticos de uma transferência problemática. Ilustram o que não é integrável no discurso e aparece no corpo com certa insistência, levando-nos a questionar se não seria uma expressão corpórea de um ponto de gozo não simbolizável e, também, por fazer questão à teoria.

A orientação freud-lacanianana que embasou a análise dos casos, serviu para rever as interpretações, interpelações e pontuações já ocorridas, uma vez que os dados coletados resultaram de atendimentos já encerrados. Os indicativos de transferência-resistência foram analisados segundo os norteadores millerianos sobre a transferência, fundamentados nas concepções de Freud e, posteriormente de Lacan, sobre a teoria da transferência.

Inferimos a partir de Freud (1912b/2006, pp.111-112) esse ponto da transferência, como “reimpressões” de uma “catexia libidinal parcialmente insatisfeita, pronta por antecipação e que se dirige ao analista, incluindo-o numa das séries psíquicas que o paciente já formou”. Quer dizer, a satisfação que anseia por realizar-se é índice da relação transferencial ou empuxo para fazer laço, a partir de uma impressão psíquica prévia, que se atualiza na relação com o analista. A transferência como repetição se correlaciona com a resistência comum à estrutura do desejo, que é atualizada no *setting* e que tende a silenciar o paciente. Para nós, essa condição ganha nova conotação, quando está em pauta a medicina, a pessoa do médico e a exclusão do campo do desejo no tratamento da fibromialgia ou dores crônicas no âmbito institucional, diferente da psicanálise que aposta na causalidade da fala enquanto um saber.

Sem desconsiderar o lugar do corpo nessa relação, endossamos com Lacan (1958/1998), que a transferência é uma incidência do real. E na experiência analítica, a mesma se articula com o lugar do analista como manifestação do inconsciente mesmo em sua recusa, revelando a incidência do campo do Outro no circuito pulsional enquanto causa mesma da transferência.

2.2 Percurso clínico-institucional

Para apresentar as narrativas dos casos clínicos, inicialmente, iremos expor o percurso de cada paciente na Instituição, baseado nos prontuários dos Setores de Medicina e de Fisioterapia, para abordar, especificamente, a circulação da transferência nas diversas especialidades médicas e terapêuticas, por que cada paciente passou na Instituição. Tivemos a possibilidade de comparar as queixas registradas nos prontuários da cada especialidade e verificar as diferentes formas de montagem desses discursos, por parte das pacientes, sobre uma mesma queixa ou sintoma, assim como as repetições, ênfases e omissões. Foi possível, ainda, averiguar os casos que apresentam comorbidades e o histórico de assiduidade nos setores da Instituição. Aspecto interessante, pelo qual se tornou demonstrável o compromisso firmado entre o paciente e o tratamento, entre o paciente e o profissional.

Posteriormente, a partir do eixo *Dinâmica do acompanhamento*, iremos realçar os seguintes pontos das narrativas: história do sintoma ou da queixa; breve histórico do contexto familiar; indicativos da relação transferencial e aporte sobre o lugar do psicólogo de orientação psicanalítica, incluindo observações relativas ao momento de aquiescência do participante à pesquisa.

Paciente 01

Consultou-se na especialidade de Reumatologia no Setor de Medicina da Instituição, em abril de 2010, ocasião em que se queixou de uma dor na nuca que lhe acometia há mais ou menos dois meses, e, quadro de fibromialgia. Relatou ter procurado ambulatório de reumatologia devido a episódio de convulsão ainda não constatada, há aproximadamente dois meses antes da consulta, apresentando dores noturnas na nuca, irradiadas para a região occipital, acompanhadas de náusea, mal-estar e tontura, além de dor na região lombar de forte intensidade, também predominantemente noturna, sem irradiação, há mais ou menos dois anos.

Quanto à história pregressa da paciente, informou ela ter feito retirada de cisto na mama e amidalectomia, há aproximadamente 14 anos. Nessa mesma época teve pré-eclâmpsia²⁰ e sofreu a perda do filho quatro dias após o seu nascimento. No exame clínico

²⁰ Convulsões em uma mulher grávida que não estão relacionadas a doenças cerebrais preexistentes, podem ocorrer antes, durante ou depois do parto.

apresentou 18 *tender points* dolorosos (como corrigiu no momento da assinatura do TCLE, ao invés dos 14 pontos dolorosos, como constava em seu prontuário médico) e recebeu hipótese diagnóstica de fibromialgia. Em junho de 2010, em retorno à consulta médica, informou ter iniciado hidroterapia na mesma Instituição, bem como a retomada da sintomatologia dolorosa. Em setembro de 2010, foi ratificado o seu diagnóstico de fibromialgia, cefaleia occipital após uso de tranquilizante e entorse há um mês, do qual estava tratando. Em novembro de 2010, a queixa foi de dores nos pés. Em março de 2011, por sua vez, o quadro registrado foi de dores difusas. Em agosto de 2011, a paciente fez consulta de rotina, na qual relatou insônia mesmo com uso de medicação, fadiga intensa durante todo o dia e arritmia agravada com atividades domésticas. Relatou que a hidroterapia não trouxe melhoras para as dores fibromiálgicas. Em novembro de 2011, queixou-se de dores musculares, fibromialgia, presença de tremores, letargia²¹ e mal-estar. Em novembro e dezembro de 2012, o diagnóstico de fibromialgia foi reforçado. Já em maio de 2013, relatou melhora após tratamento de três meses de auto-hemoterapia²². Fez suspensão por conta própria do tranquilizante prescrito.

Esta paciente consultou-se também na especialidade de neurologia como registrado em prontuário não datado, no qual consta a queixa de dor na nuca há mais ou menos sete meses, tempo em que começou a apresentar dor contínua na região cervical posterior, de leve a forte intensidade, agravada com estresse e esforço físico. Associada às fortes dores apresentava tonturas e náuseas. Referiu que tais sintomas surgiram após crise convulsiva ainda não constatada, novamente enfatizada. Negou parestesias²³ e relatou mal-estar antes das evacuações. Relatou ter fibromialgia e ter realizado laqueadura tubária há mais ou menos dez anos, amidalectomia e retirada de cisto na mama esquerda, assim como relatou ter sofrido uma pré-eclâmpsia, como já havia destacado.

Registrou em sua história familiar que o pai é hipertenso, portador de problemas cardíacos e havia sofrido Acidente Vascular Cerebral (AVC); o avô sofria de Mal de Alzheimer; a irmã, de enxaqueca e, a tia, de fibromialgia. No exame físico, constatou-se dor à palpação na região occipital, porém com equilíbrio, marcha, coordenação e reflexos normais. Recebeu diagnóstico sindrômico de cefaleia; topográfico, de segmento cefálico, e etiológico, de cefaleia tensional crônica frequente, acrescida de fibromialgia. Orientou-se, nessa ocasião, que a paciente fizesse psicoterapia.

²¹ Perda temporária ou completa da sensibilidade e do movimento.

²² Extração de sangue venoso com o propósito terapêutico de reinjetá-lo na mesma pessoa.

²³ Sensações cutâneas, subjetivas vivenciadas de forma espontânea na ausência de estimulação direta sobre o local, como as dormências.

Em maio de 2012, a paciente fez o retorno da consulta com melhora da queixa da cefaleia, negando a piora do quadro de fibromialgia e relatou estar fazendo atividade física. Em maio do mesmo ano, a paciente fez nova consulta, na qual relatou estar sendo acompanhada por psiquiatra fora da Instituição.

A paciente realizou consulta na especialidade de Cardiologia, em 2011 e 2013, assim como na especialidade de Oftalmologia, em 2011; contudo, a leitura desses prontuários tornou-se incompreensível devido à letra ilegível.

A paciente também realizou consulta na especialidade de Gastroenterologia, na qual relatou dor epigástrica há mais ou menos dois meses, com saciedade precoce e hábitos intestinais normais, negando sintomas de alarme. Na história patológica pregressa, referiu-se à endometriose, além das patologias já expostas acima, negando etilismo e tabagismo. Nessa especialidade, obteve o diagnóstico de gastrite e dispepsia funcional.

Através de encaminhamento de médico reumatologista da Instituição, no qual se indicava “dor crônica”, a paciente foi admitida no Setor de Psicologia em agosto de 2011. Ao todo, na frequência de uma vez por semana, a paciente 01 compareceu a 4 sessões, no período de agosto de 2011 a setembro do mesmo ano, tendo feito apenas uma falta, a qual justificou devido às fortes dores.

Paciente 02

Entrou no Setor de Fisioterapia Aquática da Instituição em 2011, encaminhada por reumatologista do serviço público de saúde, por ser portadora de fibromialgia. Na ficha de avaliação desse Setor, registrou-se como queixa principal: dores nas pernas e braços. Na história da doença atual, relatou não aguentar ficar em pé ou sentada, o que a fez deixar a faculdade. Essa queixa se instalou há mais de dois anos. Deixou o trabalho porque as dores a impossibilitaram de realizar as atividades, contudo, houve piora do quadro com o abandono do trabalho.

Fez uso de antidepressivo e observou melhora do quadro. Já chegou a passar cinco dias com os braços imobilizados para aliviar as dores. Na história da patologia pregressa, relatou que teve uma das filhas de parto cesáreo, fez laqueadura e cirurgia de apendicite quando criança. Na história familiar, negou existência de qualquer problema dessa ordem. No

exame de palpação, apresentou dor em vários pontos de todo o corpo, com hipertonia²⁴ geral, não sendo possível testar força devido às dores. Durante a evolução do tratamento nesse Setor, compareceu durante 7 sessões de hidroterapia, teve 11 faltas justificadas e 11 faltas não justificadas, entre o período de janeiro de 2012 e agosto do mesmo ano. Não houve registro do porquê da interrupção do tratamento.

No Setor de Medicina, a paciente consultou-se com oftalmologista e em seu prontuário não datado, registrou-se que era uma paciente poliqueixosa, com pterígio²⁵ incomodando no olho esquerdo, sobre o qual outros médicos haviam recusado realizar cirurgia.

A paciente foi admitida em junho de 2011 no Setor de Psicologia, através de encaminhamento de profissional de fisioterapia da Instituição, com nota de que portava “fibromialgia”. A paciente compareceu a apenas duas entrevistas preliminares, na frequência de uma vez por semana, intervaladas por seu período de férias, respectivamente, em junho de 2011 e agosto do mesmo ano.

Paciente 03

Entrou no Setor de Fisioterapia da Instituição através da assinatura do marido no Termo de Compromisso daquele Setor. Na sua ficha de avaliação, relatou como queixa principal dor na região da coluna. Apontou que há aproximadamente um ano, em treinamento militar, logo após uma lombalgia, ela continuou em treinamento, tendo sido ignorado o seu atestado médico, que levou a piora do seu quadro.

Após aproximadamente, seis meses, relata que começou a fazer fisioterapia devido à hipersensibilidade na perna. No momento da avaliação fisioterapêutica, estava sem esse tipo de tratamento há dois meses. Indicou melhora das dores com o passar dos dias e piora de acordo com época e tempo. No seu prontuário, havia anexado relatório de médico fisiatra do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, datado em novembro de 2011, com prescrição para fisioterapia ou hidroterapia, a partir dos diagnósticos de síndrome fibromiálgica e hérnia discal em recuperação e síndrome dolorosa miofascial cervical/ lombar/ MII. Além de indicações para fisioterapia, cinesioterapia e manobras de dessensibilização, com uso de métodos físicos para analgesia, assim como treino de marcha e cuidados.

²⁴ Aumento anormal do tônus muscular e da redução da sua capacidade de estiramento.

²⁵ Doença na conjuntiva, caracterizada por carnosidade que recobre o branco dos olhos.

A paciente deu início ao tratamento fisioterapêutico na Instituição em fevereiro de 2012 e mantém até os dias atuais, apresentando 4 faltas justificadas até o momento da pesquisa (agosto de 2013).

O esposo da paciente foi quem mediu o seu contato com o Setor de Psicologia. A paciente 03 foi admitida com encaminhamento de fisioterapeuta da Instituição que notificou “sentimento de angústia devido sintomatologia dolorosa”. Ao todo, a paciente compareceu a 6 entrevistas preliminares na frequência de uma vez por semana, no período de fevereiro de 2012 a junho do mesmo ano, tendo 3 faltas não justificadas e uma falta justificada.

Paciente 04

Frequentou o Setor de Fisioterapia, cujo prontuário datado em março de 2011 registrava a história de ter procurado assistência médica, inicialmente, devido às dores que sentia. A título de investigação médica, fez tomografia, porém, nada foi descoberto a respeito da causa das dores que eram controladas por remédios. Já havia feito 20 sessões de fisioterapia, afirmando alívio das dores. Através de ressonância magnética, relatou ter descoberto uma hérnia de disco, tendo realizado cirurgia nessa ocasião, a um mês da data do prontuário. A paciente 04 relatou hipertensão controlada por medicação, e, sobretudo, dor na perna direita há cerca de oito meses e, aproximadamente, a um mês da cirurgia realizada. O seu exame físico no Setor de Fisioterapia foi tido como normal, havendo limitação no quadril e na perna direita.

Em agosto de 2011 a paciente foi reabilitada para a fisioterapia aquática após laminectomia²⁶. Queixava-se de dores na lombar e estava afastada das atividades aquáticas por dois dias, devido a alterações dermatológicas. No exame físico apresentou desvio escoliótico à esquerda, assimetria de ombros e quadril, com elevação de ombro e quadril; escápulas aladas²⁷, joelho *genu recurvatum*²⁸ e pé plano.

A paciente apresentou dor à palpação na região sacroilíaca²⁹, com irradiação para a região anterior do abdômen. Apresentou, ainda, encurtamento pélvico trocanteriano³⁰.

²⁶ Procedimento cirúrgico para a remoção de uma ou mais lâminas vertebrais.

²⁷ Escolamento da escápula em relação à região dorsal da caixa torácica.

²⁸ Hiperextensão no joelho.

²⁹ Região que liga a pelve à coluna.

³⁰ Parte onde o fêmur encaixa na bacia.

Em reavaliação no Setor, em agosto de 2012 após cirurgia na coluna, a paciente relatou dores abaixo da costela e retornou ao médico, pelo qual foi induzida a fazer bloqueio (procedimento de punção e infiltração de medicação no alvo da dor através de agulha) que não lhe trouxe os resultados esperados, retornando, assim, para a fisioterapia. A este tempo relatou estar fazendo psicoterapia na mesma Instituição. Ao todo, a paciente frequentou 60 sessões de fisioterapia aquática, sendo 46 sessões anteriores à cirurgia na coluna e 22 sessões posteriores a tal evento, apresentando um total de duas faltas não justificadas e sete faltas justificadas nesse Setor.

Esta última paciente foi admitida no Setor de Psicologia através de dois encaminhamentos do Setor de Fisioterapia da mesma Instituição, num dos quais constava a indicação de “dor psicossomática (dor crônica que exacerba com alteração das emoções)” e noutro, “suspeita de síndrome do pânico”. Ao todo, no período de maio de 2011 a janeiro de 2013, a paciente compareceu a 41 sessões, sendo 22 antes de uma intervenção cirúrgica e 16 posteriores, na frequência de uma vez por semana. Teve ao todo 10 faltas justificadas e nenhuma falta sem justificativa.

2.3 Dinâmica do acompanhamento

Paciente 01

História do sintoma ou da queixa:

As crises dolorosas da paciente 01 a levam a refletir muito, segundo relatou. Momentos em que pensa na perda da filha, decorrente de uma gravidez malsucedida. Na época, morando em outro estado, a paciente 01 era estéril e havia feito um tratamento para engravidar. Contudo, não seguiu as recomendações médicas de manter repouso, dispensando os atestados médicos. Ao revés, continuou trabalhando muito para “*dar exemplo*”, enquanto gerente, cargo que exercia em uma loja, na qual havia muita “*cobrança*”.

Quando engravidou pela segunda vez, decidiu parar de trabalhar para cuidar de sua casa e da família: “*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*”.

Relata uma série de eventos como a perda da filha, o enfarte do marido e a doença do pai, como um “acúmulo”. *“Enquanto eu ajo está tudo bem, eu sofro depois que passa a preocupação”*.

Breve histórico do contexto familiar:

Para tal paciente agendar um horário no Setor de Psicologia da Instituição, a mesma precisou do consentimento do esposo. Pensava-se incompreendida pela família que não entendia por que ela não parava com as suas atividades, mesmo quando estava sentindo dores: *“Eles não entendem que se eu parar eu vou me entregar e isso eu não quero que aconteça”*.

A paciente tem um casal de filhos. Quando falava sobre estar no seu limite, ressaltava que toda a família dependia dela, especialmente a filha adolescente, do seu primeiro casamento. Explicava: *“Acho que peguei uma carga muito grande dela por ter me separado do seu pai e hoje ela não sabe fazer nada sozinha”*.

Na sua segunda entrevista, após falta, justificou que sofreu de fortes dores que a impossibilitaram de comparecer ao atendimento: *“Foi uma luta vir pra cá por conta das atividades de casa e porque meu marido é quem me traz”*.

Por outro lado, relatou que a sua mãe estava sofrendo por causa do irmão (tio da paciente) que estava com câncer e foi submetido à cirurgia arriscada. *“Devido minha irmã trabalhar e eu ser a única que não trabalha, a minha mãe me chama e eu tenho que ir ouvi-la e dizer alguma coisa, porque ela é muito fechada e não conversa com meu pai, embora more com ele”*.

Indicativos da relação transferencial e aporte sobre o lugar do psicólogo de orientação psicanalítica:

No primeiro contato com a psicóloga, a paciente em questão relatou que já teve uma experiência com psicólogo anteriormente, e que não vingou, pois não aceitou o fato do profissional lhe dizer, num primeiro contato, que suas dores decorriam de sua insatisfação como dona de casa.

Paralelo à sua sintomatologia corporal, ela relatou em sua primeira entrevista preliminar que os médicos não entravam em consenso sobre o que lhe diziam, sempre correlacionando a fibromialgia com o estado emocional. *“Quero saber o que de fato a fibromialgia é, para saber o que será de mim no futuro. Não entendo para que serve o tratamento com a psicologia”*.

A postura da psicóloga foi a de sustentar a sua dúvida, contudo, sem responder diretamente sobre o que é a patologia, mas direcionando que ela mesma poderia construir um saber a esse respeito.

Na entrevista seguinte justificou a sua falta por não ter aguentado as dores para ir até à Instituição. A paciente dizia estar no seu limite: *“não aguento mais”* e situava que tem lidado com os sintomas de forma distinta de anteriormente, quando *“lutava contra (os sintomas) e não parava”*.

Perguntou se a médica falou com a psicóloga sobre a sua doença, ao que a psicóloga lhe apontou que, embora estivesse receptiva a uma possível conversa com a médica, reservava os ditames diagnósticos para ela. Nesse instante, ela fez um ato falho: *“faço doença”* e logo se corrige: *“disse sem querer”*. Diante da inoperância da convocação que a psicóloga fez para que falasse sobre isso, a psicóloga ainda procurou inserir enigma: *“Há algo de involuntário nessa fala, assim como as contrações involuntárias que você falava que tem sentido antes de dormir e que agora aparecem durante a vigília”*. Mas, essa colocação da psicóloga não produziu fala nela a respeito do que lhe escapou. Por outro lado, a paciente 01 prosseguiu compartilhando que na sua conversa com a médica a mesma lhe informou que alguns estudiosos têm visto a fibromialgia como *“distúrbio do sono”*, analisando que tem muito sono durante o dia por causa das medicações. A psicóloga enfatiza a fala da paciente para distanciá-la do novo enfoque da doença dado pela medicina como explicação para os seus sintomas: *“diferente do saber da ciência, o seu saber diz respeito ao que sente na alma, estou aqui porque respeito esse saber”*.

Na terceira e última entrevista, ela retomou a sua questão sobre para que serve o tratamento com a psicologia, o que permite que a psicóloga pergunte como ela chegou ao Setor, embora já o soubesse. Respondeu: *“Porque a médica mandou”*. A psicóloga tentou refazer a pergunta: *“E qual o motivo de você mesma estar aqui?”*. A paciente respondeu: *“A médica me encaminhou porque faz parte do tratamento da fibromialgia, mas eu tentei fazer a caminhada que ela sugeriu e me deu uma crise. Então a tensão muscular também me dá crises, nem sempre se trata de estresse. Vou voltar para ela (a médica) para saber se devo forçar ou não”*.

De modo subsequente, passa a falar sobre o sofrimento da sua mãe com o irmão doente e sobre *“ter que ir”* quando do chamado da mãe. Nessa ocasião, a psicóloga lhe perguntou sobre o que ela pensava a respeito e claramente ela demonstrou ter se irritado com a pergunta ao responder: *“Não tenho que achar nada, só tem eu mesma”*. A psicóloga, em vias de encerrar o atendimento falou: *“Pode ser difícil ter que atender a esse chamado, já que*

você falou que quando as coisas estão acontecendo não apresenta crises. Acho que você pode falar mais sobre você". Contudo, interpretou como sendo uma resposta à sua questão inicial sobre a utilidade do tratamento de psicologia e a psicóloga reiterou: *"Aqui pode ser um espaço para falar de você e não só da 'moça da fibromialgia' (expressão que utilizava para referir-se a si mesma na terceira pessoa)"*.

Num dos momentos que estava na Instituição, para consulta médica, ainda durante a sua estadia no Setor de Psicologia, ela procurou a psicóloga, demandando que atendesse o filho dela em seu lugar. A psicóloga tomou a postura de garantir que aquele espaço fosse apenas dela por questões éticas, indicando outro profissional para seu filho. Contudo, a paciente 01 não mais compareceu aos encontros seguintes.

No contato com esta paciente, para agendamento do encontro para exposição da pesquisa, a mesma foi muito receptiva, prontificando-se e demonstrando interesse em conhecer a proposta: *"Acho que as pessoas deveriam fazer mais pesquisas sobre essa doença"*.

No momento da assinatura do TCLE, ela fez questão de dizer que a reumatologista da Instituição se distinguiu dos demais médicos por poder ouvi-la, inclusive, sobre o que discordava dela.

Parabenizou a pesquisadora por realmente procurar saber sobre essa doença e deu o seu depoimento de que não se manteve no Setor de Psicologia porque não queria depender de ninguém para ficar boa.

Relatou que desafiou a medicina e sua médica sobre fazer uso da hemoterapia, através da qual conseguiu a cura. Com isso, houve uma grade melhora da sintomatologia dolorosa, emagreceu e conseguiu trabalhar fora de casa. A partir de então, pôde retirar por si mesma vários medicamentos que utilizava desde o início de seu tratamento.

Acrescentou que ao TCLE faltaram os registros de que fez fisioterapia aquática com profissional da Instituição e não exterior à mesma, e, que também se submeteu à fisioterapia manual (traumatologia), com a qual obteve maiores resultados. Ainda assim, questionou o tratamento com a fisioterapia, pois essas melhoras só ocorrem imediatamente após a sessão, o que a fez pensar em buscar outros métodos de tratamento: *"Eu não podia viver a vida só em função da fisioterapia"*.

Corrigiu, enfaticamente, que invés de 14 pontos dolorosos, foi identificado que ela apresentava 18 pontos dolorosos e acrescentou que seu diagnóstico foi descoberto em 2005, uma vez que não havia esse registro nos prontuários. Por fim, perguntou se poderia interrogar a médica – em consulta que estava agendada no dia corrente – sobre o preenchimento

equivocado de seus dados em prontuário ambulatorial de medicina. A pesquisadora respondeu: *“Claro, principalmente porque o Setor de Medicina sempre conta com a ajuda de alunos do curso de medicina”*. A paciente replicou: *“Ela como médica deveria saber, mesmo se um estagiário escreveu em seu lugar”*.

Paciente 02

História do sintoma ou da queixa:

A paciente 02 relatou sentir dores por todo o corpo: *“Não consigo ficar em pé”*. Há um ano e meio surgiram tais sintomas que relacionou a fatores emocionais: *“não aguento mais as traições do meu marido”*. A paciente diz ter deixado o seu trabalho devido à presença dos sintomas.

Na primeira entrevista, o seu discurso foi de que sempre pensou nas filhas e, por isso, permaneceu com o marido. Questionava-se: *“Não sei se é por amor, acho que não”*. Complementou: *“Sempre fui o homem durante o dia e a mulher durante a noite”*. Contou que passou vinte e dois anos trabalhando em bares e restaurantes: *“Sempre estive com o sangue quente enquanto trabalhei, agora é como um grito de liberdade”*.

Breve histórico do contexto familiar:

Relatou que as filhas e o marido dependiam dela. Não sabe se ama o marido e, a esse respeito, falou sobre ter se casado aos 16 anos de idade e de ele ter sido um apoio para ela quando da morte do seu pai, ocorrida nesse mesmo período. Explicou: *“Sempre fui levando o casamento porque achava que quando se estava em um relacionamento tinha que se aguentar tudo”*.

Segundo ela, as filhas reclamavam que o pai não era presente e, por outro lado, que ela parecia ser o *“homem da casa”*. Destacou: *“Nunca falei sobre isso com ele, ele é quem tem que ver”*. Sobre esse contexto, explicitou: *“Tenho que fazer tudo, senão ninguém faz nada. Preciso tomar a frente, mas tem horas em que dá vontade de chutar o pau da barraca”*.

Na terceira e última entrevista, a paciente falou sobre a sua mãe e a relação dela com a bebida: *“Minha mãe bebe como se fosse um refúgio”*. Contou que quando a mãe ficou viúva do seu pai, conheceu outro homem e foi embora com ele, deixando ela, aos seus 16 anos de idade, e seus três irmãos, dos quais criou o mais novo. A mãe passou cinco anos fora de casa

e, segundo a paciente 02, essa distância da mãe passou a ser natural para ela. Do lado da mãe já não era assim: *“Quando minha mãe voltou separada do homem com quem vivia, senti a distância e passou a beber”*.

“Minha mãe é muito mandona”, descreveu. Relatou que seu irmão mais novo era mal resolvido por conta dela, fazendo menção às confusões entre ambos: *“Minha mãe passou a querer escolher uma mulher para ele, enquanto ele estava viciado em jogos”*. Acrescentou que a mãe sempre lhe contava os problemas com os filhos, e se colocou: *“Mas eu não quero ouvir”*.

Sobre a sua irmã mais velha, falou de uma *“cisma”* que a mesma tem com a paciente: *“Porque ela não tem o que gostaria de ter e eu tenho”*.

Indicativos da relação transferencial e aporte sobre o lugar do psicólogo de orientação psicanalítica:

Com as traições do marido, a paciente 02 não conseguia confiar nem no marido, nem em ninguém.

Na segunda entrevista, contou que decidiu não mais trabalhar no ramo gastronômico porque via mulheres com homens casados, homens com mulheres casadas e sabia que seu marido saía com suas amigas, fazia a mesma coisa. A paciente em questão dizia que ia *“levando”* o seu casamento, mas não sabia se era pelas filhas, não sabia o porquê. Falou que o marido dependia dela para tudo, de forma enfatuada. A psicóloga resgatou sobre o que a paciente 02 havia falado nessa mesma ocasião a respeito do marido ter sido um apoio para ela, quando da morte do seu pai e mostrou-se surpresa pelo fato dele ser quem dependia dela, encerrando aquele atendimento.

Após dois meses de ausência devido às férias, na terceira e última entrevista, a paciente retornou dizendo estar se sentindo bem, mas afirmou que a sua mãe precisava de um acompanhamento e queria saber a opinião da psicóloga. Dizia que a mãe se sentia só: *“Ela deve sentir um vazio, gostaria que essas pessoas da minha família fizessem um tratamento, assim como eu”*. A postura da psicóloga foi a de acolher a paciente 02, sem acolher exatamente a sua demanda, falando que a morte do seu pai parece ter instaurado certo vazio e havia quem lidasse com isso através dos vícios, mas que cabia a eles a vontade de se tratar: *“Nem todos são como você”*.

Em seguida, ela fez muitas faltas e não atendeu aos telefonemas da psicóloga, apesar de ter dado continuidade à fisioterapia aquática na Instituição.

No momento da aquiescência à pesquisa, tal paciente fez novos relatos sobre as suas dores endereçados à pesquisadora. Descreveu uma dor lhe *“comendo por dentro”*. A respeito da intensidade das dores, chegou a perguntar-se se estaria com câncer: *“É como se fosse uma ferida. Formam-se como nódulos no corpo, nós que preciso ficar massageando”*.

Contou que se mudou para um sítio buscando mudar de vida, já que vivia uma vida muito atribulada. Fez a suspeita de que começaram a aparecer esses sintomas por conta do seu trabalho – mesmo a pesquisadora tendo lido para ela o resumo do seu relato no TCLE, no qual relacionava as traições do marido à sua sintomatologia. Afirmou: *“Tinha um restaurante, trabalhei muito com a mente”*.

Ainda sobre a sua sintomatologia, explicou: *“Não posso sentir alegria ou tristeza, que depois é uma dor insuportável”*. Relatou fazer uso de antidepressivo, embora não concordasse. Para ela, os portadores de fibromialgia deveriam ser beneficiados, mas não são, argumentando: *“Uma pessoa com fibromialgia não pode trabalhar, não pode varrer uma casa”*. Equivocou-se e disse que suas dores *“destimulam”*: *“Não pode a pessoa passar a vida em cima de uma cama, desmaiada, para não sentir dor. A pessoa sente vontade de morrer. É insuportável, é uma doença muito séria”*, falou emocionada. Prosseguiu: *“Acho que tem a ver com o estresse do dia a dia. Acho que não tem cura”*. Nesse sentido, queria que a psicóloga procurasse a cura. Contou que um médico lhe disse que era o mal do século e ela não voltou mais para ele.

Disse que já acordava *“enfadada”*: *“Apago durante a noite, mas parece que passei a noite acordada”*. A respeito do seu relato constante no TCLE, achou que tinha pouca coisa sobre ela e acrescentou: *“Mas porque era o começo, porque a fisioterapeuta disse que eu tinha que passar pela psicóloga devido à doença”*.

A paciente 02, um tanto quanto confusa, perguntou por quantas vezes ela teria de comparecer a partir de então, e a pesquisadora explica que não seria preciso, uma vez que seu caso já havia sido encerrado.

Paciente 03

História do sintoma ou da queixa:

A paciente 03, desde a sua primeira entrevista, contou sobre o seu diagnóstico de fibromialgia e hérnia, motivo pelo qual sentia dores constantes e tinha dificuldade para se

locomover. Relatou que apesar de suas melhoras no âmbito corporal, o seu *“psicológico está afetado e respondendo mal”*. Dizia que ao adentrar na Corporação de Bombeiros através de concurso, sofreu diversos crimes militares. A mesma não revidou esses crimes e a consequência foi machucar o seu nervo ciático e, em seguida, a sua coluna.

Segundo ela, o tenente que a colocava *“de castigo”*, o fazia de propósito para machucá-la, mesmo sabendo que ela estava sob atestado médico: *“Eu não revidava e acho que por isso ele me castigava mais. Eu queria mostrar que eu não tinha que dá satisfação, simplesmente fazia o que ele mandava”*.

Ela relatou que além dos danos físicos, teve um *“sonho frustrado”*, pois o seu pai era bombeiro e desde pequena ela queria ser *“salva-vidas”* como o pai, *“para ajudar as pessoas”*. Na segunda entrevista, falou: *“Quando eu estava passando pelos testes, apesar das dores eu só pensava na farda e ficava sem saber se era manha, se não era”*.

Breve histórico do contexto familiar:

A paciente em questão é casada e foi o seu esposo quem procurou a psicóloga, com as seguintes palavras: *“Ela está no limite e prejudicando a nossa relação”*.

Na segunda entrevista, ela veio acompanhada de seus pais que a aguardaram na sala de espera e isso se tornou comum às suas idas ao Setor.

Relatou que não compartilhou da sua evolução no tratamento, pois sentia que os familiares ficavam muito *“ansiosos”*. *“A minha mãe eu vejo que conseguiu perdoar, mas o meu pai e meu marido ficam muito revoltados, principalmente o meu pai que se sente culpado por eu ter escolhido essa profissão por admirá-lo”*. Acrescentou: *“Meu pai não tem culpa por eu não ter conseguido me formar, ao menos consegui realizar parte do meu sonho”*.

Indicativos da relação transferencial e aporte sobre o lugar do psicólogo de orientação psicanalítica:

Ela já havia tido contato com profissional de psicologia segundo o seu marido, mas que não vingou.

Aos finais de todas as sessões, era comum ela se dirigir à psicóloga para dar-lhe um abraço.

Na sua segunda entrevista, ao apontar que o tenente foi insistente ao infringir os castigos sobre ela, a psicóloga disse: *“Você também”*. Nesse instante, produziu a fala sobre o fato de ser chamada de *“fem”* na corporação, segundo ela: *“conjugação do sexo feminino”*. Momento em que a psicóloga encerrou o atendimento, pedindo que pudesse desenvolver mais

a esse respeito no encontro seguinte. Contudo, a paciente faltou ao atendimento seguinte e justificou que devido à dificuldade com transporte, não pôde comparecer.

Quando retomou, disse que ainda era muito difícil para ela estar dependendo dos outros, sentindo dores, uma vez que ela era quem estava acostumada a ajudar os outros e não a ser ajudada. *“Fico revoltada pelo fato de estar assim por ter sido de propósito”*. Embarçou-se para falar que os oficiais pensavam que ela estava de *“manha”*, de *“macete”*, como falavam. Defendeu-se: *“Eu achava que eles estavam conversando com os médicos e sabiam o que eu podia e não podia fazer”*. A psicóloga a questionou quando disse que nunca havia se machucado antes e que não sabia que assim estava. *“Eu pensava que era algo no músculo, mas eu só ia até onde eu conseguia”*.

Referiu-se à cena da *“cisterna”* onde foi *“a pior parte”*. A psicóloga perguntou: *“por que se submete a isso?”*. A paciente 03 respondeu: *“Porque se acredita poder ser super-herói, como para mim. Era uma ordem”*. A psicóloga apontou sobre a posição que ela fica diante de tais imperativos, finalizando aquele atendimento.

Na sequência, a mesma faltou por dois meses até que as suas faltas não justificadas levaram a psicóloga a entrar em contato com ela. O esposo foi quem atendeu a ligação e se desculpou, comunicando que a mesma estava com uma virose.

Na sua quarta entrevista, narrou que *“os superiores estão para coordenar e os soldados para obedecer”*. Conta que no comando, as pessoas já entram para coordenar, mas ela queria ser *“salva-vidas”* e só o soldado atuava diretamente nessa prática. *“Diante da ordem é proibido furar e qualquer expressão é tratada com punição, castigo ou como manha”*. A psicóloga disse: *“Anulam-se como sujeitos”* e a paciente fez a ressalva: *“Muitos carregam a Instituição consigo”*. Relata que percebia um tratamento diferente por ser mulher: *“Eu era visada por ser mulher e fui punida por me machucar”*. A psicóloga disse: *“Aí o seu corpo fez limite”*, finalizando aquele encontro.

Na quinta entrevista, ela chegou antes do seu horário marcado e foi acolhida. Disse que estava tudo bem: *“normal, fora os declives”*, como descreveu o fato de ter *“uma crise em cima da outra”*. Diante da dor, disse que gostaria que a fisioterapeuta estivesse colada a ela para lhe *“socorrer”* e se referiu ao diagnóstico de fibromialgia e de dor crônica como sendo a explicação por sua dor ser intensa e diária. Revelou: *“O que me incomoda é a dependência, tive que pedir socorro para vários profissionais que diziam que poucos avançam em quadros clínicos como o meu”*. A psicóloga chamou atenção para o termo que proferiu: *“pedir socorro”* retomando ao conteúdo das sessões passadas sobre *“ser socorrista”* e finalizou o atendimento.

A paciente faltou por duas vezes seguidas e não justificou nenhuma delas. A psicóloga tentou entrar em contato com a mesma, via telefone, e agendou um horário que coincidia com o dia em que ela fazia fisioterapia na mesma Instituição, ante o seu argumento de que devido às crises, só tinha frequentado a fisioterapia.

Retomou na sexta entrevista e disse que regrediu. *“Estava correndo na esteira, mas minhas pernas estavam sem forças, resistindo à força”*. *“O problema é que fiquei cuidando dos outros”* e se corrigiu: *“sendo cuidada pelos outros”*. Quando a psicóloga pediu para que falasse sobre o seu equívoco, a mesma falou do seu *“encantamento”* pelo fato de poder ajudar os outros: *“Sempre tive esse instinto, por isso queria ser socorrista, eu gosto de poder amenizar os problemas das pessoas”*. Explicou: *“me chamam de ‘conciliadora’, porque qualquer coisa na minha família ligam para mim (chama o seu nome e se utiliza da terceira pessoa para referir-se a si mesma). Fico com vergonha quando as pessoas me agradecem, pois não estou acostumada a ser reconhecida, por orgulho, etc.”*. Acrescentou: *“Todos deveriam ajudar aos outros, seria bem melhor esse mundo que já é tão pesado, tão difícil. As pessoas veem a aparência, mas não veem o que o outro precisa”*.

Na sétima entrevista, assim que chegou, revelou que não se sentia à vontade com o olhar da psicóloga e disse estar envergonhada, até que a psicóloga perguntou: *“E aí?”* e ela passou a fazer seu relato de que estava saindo de sua crise e achava que a causa da mesma se deu por ter passado muito tempo sentada, como opinou a sua fisioterapeuta. Reiterou: *“É assim mesmo, pois a fibromialgia traz crises”*. A psicóloga perguntou o que seria essa patologia e, então, narrou como foi *“abandonada”* pelos melhores ortopedistas da cidade que lhe disseram que ela apresentava tais sintomas devido ao seu psicológico. Argumentou: *“Conversei com minha prima que é psicóloga e ela disse que o meu problema não é psicológico, o que eu confirmei quando fui para São Paulo, onde tive o diagnóstico de fibromialgia e a psicóloga lá me disse para procurar um psicólogo especialista em dor para eu conviver com a dor”*. A psicóloga perguntou: *“O que você acha sobre isso?”* e ela disse: *“É uma condição para quem tem dor crônica, apesar de eu acreditar que essa dor pode desaparecer”*. A psicóloga, assim, refez a pergunta: *“Então, o que é fibromialgia?”* e finalizou a entrevista. Momento em que a paciente costumava recorrer à psicóloga para lhe dar um abraço e a psicóloga o evitou, desta vez.

A paciente, depois de então, começou a faltar às sessões, até não ir mais. Quando a psicóloga ligava, era o marido quem atendia a ligação e justificava a falta por ela. Certa vez, numa dessas ligações da psicóloga, falou que achava que o caso da esposa era mesmo psicológico. Pouco tempo depois, aparentou-se visivelmente que a paciente 03 havia

engravidado e a mesma comunicou tal confirmação à psicóloga, num encontro pelos corredores da Instituição. Posteriormente, o marido levou o filho para a psicóloga conhecer num dia em que esperava a esposa no Setor de Fisioterapia.

A paciente perguntou quantas vezes precisava comparecer no momento em que lhe foi apresentado o TCLE e a pesquisadora disse que se tratava apenas de ela assinar tal documento no caso de consentir com a sua participação.

Ela escolheu levar consigo o TCLE para fazer algumas modificações sobre os seus acompanhamentos médicos no momento do conhecimento do mesmo. Em seguida, dizia ter procurado a psicóloga e não tê-la encontrado para entregar-lhe o TCLE assinado ou quando a encontrava, dizia tê-lo esquecido e isso durou aproximadamente quinze dias. Até que a psicóloga propôs que se ela consentisse, já podia assinar mesmo assim e ela assinou dizendo à psicóloga: “*Claro amor, eram só umas besteirinhas*”.

Paciente 04

História do sintoma ou da queixa:

No primeiro contato com a psicóloga a paciente 04 relatou medo de morrer, um pânico. Não aceitava sair para lugar nenhum devido ao seu medo, especialmente se fosse sair com o marido, do qual tinha mágoas. Já fez sete cirurgias e disse, “*Acho que peguei trauma, a pessoa que tomou conta de mim no pós-cirúrgico me dava banho de água fria. Tenho medo de depender dos outros*”. Concluiu: “*Sou carente*”.

Contou que suas primeiras crises de hérnia começaram em 1998, após a morte de sua mãe adotiva: “*Passsei a renunciar o mundo*”. Período que coincidiu com a mudança do comportamento do marido para com ela.

Breve histórico do contexto familiar:

A mãe biológica a deixou quando tinha seis meses de idade com seus dois irmãos. Traiu o seu pai e foi embora com outro homem: “*Tenho mágoa dela*”. Ela e toda a família, incluindo o pai, foram adotados por uma mulher muito caridosa. Quando a sua mãe adotiva morreu, a paciente 04 tinha 24 anos e, nesse tempo, foi morar com o marido. Nas suas próprias palavras: “*Ela era tudo para mim, me sinto muito só*”. Descreveu sua mãe adotiva como uma “*mãe boa*” que dizia: “*Quando tiver um pedaço de comida, nunca negue a quem*

pedir" ou "O que é seu, é do outro". A chamava de "fandega" e ela não sabia o porquê. Disse: *"Ela nunca teve marido e morreu virgem"*.

Diferentemente de sua mãe adotiva, sua mãe biológica era para ela, uma pessoa "seca", que tinha interesses, pedia-lhe as coisas sem perguntar se ela podia dar: *"Sou como uma poupança para ela"*.

O pai da paciente em questão era doente, sofria de epilepsia e transtornos mentais. Numa de suas crises, furou a vizinha e foi interno num manicômio, onde cometeu suicídio por enforcamento. Sentiu muito com a morte do pai, pois foi ele quem sustentou "a barra" quando a sua mãe biológica a deixou.

A paciente era casada há 28 anos. Após a morte da mãe adotiva, pensava em nem sequer brigar com o marido, que era tudo o que ela tinha. Ela não teve filhos porque o seu marido nunca quis. Contou: *"Ele dizia que a casa não tinha espaço suficiente"*. Ela o testou fingindo estar grávida e ele disse que ela teria de escolher, *"ou abortava ou o filho estava fora de casa; nunca esqueci disso. Menti dizendo que operaria outra hérnia enquanto fiz uma laqueadura. Quando ele soube, não foi a favor"*.

Com relação ao marido disse ser muito geniosa, coração duro e que seria mais fácil ele pedir para se separar dela do que ela própria fazê-lo.

Indicativos da relação transferencial e aporte sobre o lugar do psicólogo de orientação psicanalítica:

Quando chegou ao Setor de Psicologia, tal paciente relatou para a psicóloga que desde que a viu pela primeira vez na Instituição – quando a psicóloga fora apresentada pela fisioterapeuta à turma de Fisioterapia Aquática – sentiu segurança, carinho nos seus olhos e sabia que iria encontrar uma cura.

Na segunda entrevista disse que a psicóloga ia lhe ajudar a se preparar psicologicamente para se separar do marido: *"Tenho procurado ser mais independente para mostrar que não preciso dele"*.

Já na terceira entrevista, falou sobre ter esperado um abraço do seu médico (fora da Instituição) para que se sentisse segura na última cirurgia que fez. Porém, o médico achou que ela era carente. Contou que esperou o abraço da mãe biológica, mas ela não deu. Só a procurava quando precisava financeiramente: *"e eu ajudo, dou o que ela pede"*. Falou da intensidade com que tentou ajudar uma sobrinha que passava necessidade: *"fiz de tudo"*. E nesse momento a psicóloga interveio: *"Você sente pena de você, ajuda quem está na falta, na*

insegurança”. Ao final da entrevista, a paciente 04 quis dar um cheiro na psicóloga, que interrompeu seu ato: *“Você dá porque você pede o que te falta”*.

(1º tempo do acompanhamento)

Na entrevista seguinte, a paciente 04 trouxe o seu dilema com o marido que a chamou para conversar, dizendo que queria recuperar o que perdeu. Disse: *“Eu nem queria ouvi-lo, nem deixá-lo falar”*. Ele reclamou que como esposa, ela deveria acompanhá-lo em suas saídas. A paciente 04 elaborou que não o fazia, para vingar-se do tempo em que ele não a levava consigo. Trouxe a lembrança importante de que isso passou a ocorrer em 98, mesmo ano do surgimento das dores insuportáveis.

“Estou aprendendo que não preciso estar mendigando carinho” e fez um ato falho: *“A pior coisa é dar tudo sem nunca ter que pedir”*, e se corrige, *“quero dizer, é a melhor coisa ...”*. E assim, falou sobre sua mãe adotiva: *“Ela dava tudo, era como eu. Tenho medo de ficar seca como minha mãe biológica”*. Sobre o abandono de sua mãe, afirmou: *“Foi muito difícil perdoá-la, acho que sinto ódio da minha mãe e descontentamento no meu marido. Quebro as coisas ...”*. Continuou: *“Tenho medo de sair, de viajar, sentir dor como na minha última cirurgia”*. A psicóloga apontou: *“Teme se quebrar, como algo frágil”* e a paciente 04 concluiu: *“As melhores horas da minha vida foram no meu casamento, e as piores, na morte da minha mãe”*.

Relatou que estava se sentindo outra pessoa, pois passou a existir diálogo no seu casamento: *“As coisas estão voltando a se encaixar entre eu e meu marido”*. Sente-se mais leve e atribui as suas sessões com a psicóloga que é *“dócil”*, segundo ela: *“Sinto que você pode me ajudar a mudar”*. Contudo, contou que ainda tem medo de sair de casa, onde se sentia segura: *“Não consigo ir embora”*. A psicóloga: *“Há um lugar em jogo que não seria necessariamente a casa”*. Paciente: *“Tenho que procurar”* e a entrevista é encerrada.

Posteriormente, comentou ter investigado sobre como o pai se suicidou: *“Meu irmão contou que houve piora no seu quadro de saúde mental quando ele soube da traição da minha mãe com um amigo dele. Foi internado num hospital psiquiátrico”*.

Relembrou: *“Quando minha mãe foi embora eu fiquei desnutrida, sem leite materno, até que me deram leite de uma jumenta que meu pai possuía para eu ficar boa”*. Não tinha vontade de brincar como antes, sair de casa: *“Penso no futuro, guardo dinheiro para a doença”*. A psicóloga interpretou que ela foi privada do leite materno e se privou da diversão, ao que ela disse: *“Fico afetada quando há uma traição, quando a mulher é babaca, acho que*

não tem necessidade ... fico pensando por que minha mãe me abandonou, mas deixo para lá para não sofrer”.

Na entrevista seguinte, contou que estava no limite com o seu marido que vinha bebendo muito. Pensou em ter coragem para se separar. Depois das cirurgias, passou a ter medo de ter relações com o marido, até não sentir mais nada. *“Era um sacrifício, hoje digo não”.* Duvida do amor dele por ela, pois fez ameaças de precisar de outras mulheres. A psicóloga pontuou sobre a dificuldade da paciente 04 de ser mulher para o seu marido.

Desesperou-se ao sentir dor numa caminhada e temeu que o que passou na cirurgia fosse se repetir. As dores apareceram como um *“limite”*, pois não mais conseguia fazer o que fazia anteriormente sozinha. Planejou ir a uma festa, foi e se divertiu; o que não fazia há tempos. Concluiu que sentia alguma coisa pelo marido, o que foi reiterado pela psicóloga: *“Você pode sair da privação”.* Paciente: *“Eu não tinha coragem de enfrentar o medo, logo desistia. Preciso ver o meu limite, quero viajar com meu marido dirigindo, para sentir o meu limite”.* A psicóloga interveio: *“Você faz relação da privação como um limite. Você ficou sem mamar e foi difícil poder comer de outra forma que não fosse através de sua mãe. Talvez faça confusão, se o limite vem do outro, onde você pode se localizar?”*

Na entrevista seguinte, ela levou um exame médico para comprovar que as dores que vinha sentindo tinham como causa uma descalcificação óssea no fêmur. Chorando, ressoou: *“Estou me sentindo um caco, muito pequena. Como se estivesse regredindo em todo o meu andamento e melhora com o tratamento”.* Disse estar com vontade de deixar o tratamento: *“Meu marido acha que estou assim porque quero e uma amiga falou que vou terminar sozinha e sem marido ... eu não vou mais depender de ninguém”.* A psicóloga perguntou: *“O que é estar um caco?”.* A paciente: *“É não aguentar mais, chegar ao meu limite”.* A psicóloga afirmou que ela queria abolir o outro abdicando do seu tratamento. Paciente: *“Eu não quero depender de ninguém, acho que eu incomodo as pessoas”.* Psicóloga: *“Sim, a primeira pessoa de quem precisou a deixou, que foi a sua mãe e isso se atualiza em você”.* Paciente: *“Minha mãe adotiva dizia que estava tão cansada que se sentia um caco”* e a psicóloga interpôs: *“Você se identifica com ela, se descalcifica. Mas, tem a possibilidade de escolher seus tratamentos”.* A paciente decidiu que retornaria.

(2º tempo do acompanhamento)

A paciente suspeitou a traição do marido que chegou de uma festa com a camisa suja de batom. Ele disse que havia sido o abraço de uma amiga, mas isso não a convenceu. Disse para ele: *“Quero me separar, você não dorme mais na mesma cama que eu, vai cada um para*

o seu lugar viver a sua vida". Explicou: *"Amor para mim é fidelidade, respeito. Quem ama não trai. Uma decepção, ele prefere as festas a mim, sempre foi assim desde as minhas cirurgias"*. Contou que nas cirurgias dependia dos outros, não podia fazer o que queria: *"Agora voltei 99% aos tratamentos e faço o que quero. Só que tenho medo de me abaixar, é como se fosse me quebrar"*. A psicóloga apontou: *"Como um caco"*. Ela confirmou e a entrevista foi encerrada.

Nas sessões que se seguiram, disse estar *"abusada"* do marido: *"O meu casamento está 99% acabado, a advogada falou com ele, mas ele não quer se separar"*. Nesse momento falou sobre o marido não ter querido filhos: *"Cuidei da filha da minha vizinha como se fosse meu bebê. Ela preencheu meu vazio"*. Contou que depois que fez laqueadura, a sua vida de casal ficou mais fria. A psicóloga situou que preencher o vazio como mãe era diferente de desejar um homem, ser mulher. Disse, então, não mais desejar o seu marido.

"Só quero ser independente", sinalizou a partir de uma grande discussão com o marido. *"Quando isso acontece fico travada, não consigo comer"*. E acrescenta: *"Não aguento traição"*. A psicóloga afirmou que há algo que se atualizava através da traição, do não conseguir comer, da sua luta por independência: *"Isso precisa ser visto para que você possa atravessar suas questões"*.

Na entrevista posterior, relatou que as coisas estavam se resolvendo a respeito da separação: *"Nunca pensei que não fosse sofrer tanto, estou me sentindo muito independente e podendo dizer 'não' para algumas coisas. Deus me perdoe. Sempre fui de ajudar as pessoas, minha mãe era muito caridosa e eu era muito apegada a ela, não deixava faltar nada para ela"*. Falou sobre a traição imperdoável do marido e lembrou-se da sua mãe legítima: *"Só me liga quando precisa"*.

(3º tempo do acompanhamento)

"Tenho medo de ceder ao meu marido e me arrepender. Acho que ele está arrependido do que fez ou do que não fez". Diante do pedido da sogra para que a ajudasse na recuperação de uma cirurgia que ela fez, refletiu: *"Em outros tempos eu teria recusado a ajudá-la, mas lembrei dos dizeres de minha mãe para dar o que pudesse para quem precisava"*. A psicóloga perguntou: *"O que essa sentença significava para a sua mãe?"* A paciente respondeu: *"Ela renunciou a tudo pelos filhos, mesmo de criação, eram tudo para ela"*. Psicóloga: *"E o que você acha disso?"*. A paciente: *"Eu não faria isso, é muito estranho. Eu fiz certo ou errado em ajudar minha sogra?"* Psicóloga sustentou a questão: *"Você serviu a sua sogra ou a sua mãe?"*, situando a repetição desse dito materno em sua vida.

Trouxe questões sobre a sua relação com a sobrinha: *“Ela acha que sou empregada, mas a gente não pode dar tudo, né?”* Sentia pena do irmão que entrou em coma alcoólico, pois já sofreu demais: *“Mas eu não tenho o que fazer”*. Posteriormente, o seu irmão veio a falecer.

“Antes eu tinha que ajudar, e hoje quando vejo que é exploração, eu não faço”. A psicóloga perguntou se ela já ouviu isso antes e ela disse que sua mãe adotiva dizia que *“tendo, tinha que dar, essa foi a nossa criação, o que era meu era do outro, ela era uma pessoa muito boa”*. Assim, explicou a sua forte relação com os irmãos. A psicóloga chamou atenção para a mensagem materna, *“O que é dela, é do outro”* e a relação com a exploração.

Na entrevista seguinte, a paciente 04 se reportou ao seu medo de cair: *“Depois de minhas cirurgias, o médico recomendou que eu andasse de derrapante [quando queria dizer antiderrapante], pois tenho tendência a desenvolver hérnias”*, essas em sua maioria, no pescoço. *“Tenho medo de cair, apesar de não ser como antes, pois eu não conseguia sair de casa com tanta angústia”*. A psicóloga finalizou a entrevista: *“O que de fato é cair?”*

Retornou: *“Meu negócio agora é sair”*. Falou não saber de onde vinha o medo que sentia como uma angústia de ficar paraplégica, depender dos outros: *“Acho que fiquei assim depois da minha cirurgia de hérnia, o médico disse que era preferível eu cair a abrir escala. Tenho medo de perder uma parte do meu corpo”*. A psicóloga interveio: *“Então o seu medo de cair é medo de perder?”* e finalizou a entrevista.

A paciente 04 sentia dores crescentes de um dos lados da coluna: *“Me desespero por pensar que é um câncer, porque não saiu nada nos exames”*. Contudo, relatou ter viajado e ter sido maravilhoso: *“Os meus medos de carro, de acidentes estão indo embora. Há sete anos eu nem entrava no mar porque a moça que me dava banho pós-cirurgia jogava água fria de vez em mim e agora eu consegui entrar no mar”*.

Sobre o seu casamento: *“As coisas estão melhorando, tanto eu quanto ele está cedendo para salvar o casamento”*. Disse: *“Eu estou me sentindo mais segura com ele, ele está me incluindo em tudo o que faz e antes ele não conseguia porque eu dizia que não iria sair por conta da dor”*. Percebia que se ficasse em casa ou se saísse, a dor lhe apareceria: *“E assim vou caminhando”*. A psicóloga questionou: *“Qual a função da dor nisso que você está falando?”* e a paciente respondeu: *“A dor como um refúgio, me utilizava dela para não sair”*. A psicóloga afirmou: *“Uma mulher se refugiava aí para não fazer par”*. A paciente: *“A dor vinha da minha dificuldade de perdoar, achava que não ia perdoar o meu marido nunca”*.

(5º tempo do acompanhamento)

Ela realizou um bloqueio cirúrgico, foi anestesiada e achou que impediram a dor que sentia: *“Não sei, o médico tirou o nervo que me fazia sentir dor, mas eu melhorei muito”*. Sentiu fortes dores que precisou tratar com morfina e revelou: *“Mas descobri que eram gases abdominais”*. Falou que estava com muita vontade de trabalhar, do seu desejo de abrir uma loja e o marido estava montando a casa, na qual sempre quis morar, pois não precisaria subir escadas. *“Estou pensando em mim, eu dava prioridade ao meu marido, por isso quero trabalhar”*.

Sobre seu medo de sair com o marido: *“Ainda tenho medo quando o meu marido conduz um automóvel, ele faz cortadas onde não pode, enfia o carro onde não tem espaço e eu me assusto”*. Queria voltar para a Fisioterapia Aquática na Instituição: *“Quero ver se vai doer, estou sabendo dos meus limites depois do bloqueio”*.

Depois de algumas faltas, a paciente disse ter voltado ao atendimento por estímulo do marido: *“Estava com muitas dores e sem vontade de sair”*. Depois do bloqueio perdeu 5 kg e não apresentou melhora das dores. Disse que estava conseguindo ficar sem a morfina, pois o médico a alertou de que estava exagerando.

Narrou os fatos: *“O meu marido tomou um murro de um bandido e fiquei com medo que ele fosse se vingar, não dormi por noites”*. Contou que demitiu uma moça que a ajudava em sua casa e discutiu com uma *“comadre”*. Quando a psicóloga perguntou se existia alguma relação entre os fatos que ela relatava e as dores que sentia, ela disse: *“Quando estou nervosa dói muito, não aguento, mas agora estou bem, mais aliviada”*. A psicóloga: *“É importante localizar essa relação que se sinaliza no seu corpo, na dor”*.

Com a morte do seu vizinho e o sofrimento dos filhos do mesmo, sentiu-se abalada: *“Pensei em minha mãe, na falta que ela me faz com o seu lado companheira. Só sinto falta da minha mãe adotiva. Também me lembrei do meu pai, o perdi muito nova, é uma angústia que eu evito falar para não sentir”*. A psicóloga lhe lembrou: *“Mas é possível falar dessa angústia”*.

Na entrevista seguinte contou a novidade: *“Consegui viajar com meu marido, antes, era como se eu fosse mais motorista que ele”*. Na outra entrevista, falou que não tinha suportado as dores, não tinha dormido: *“Não sei mais o que fazer, a dor não passa, o povo diz que é da minha cabeça, mas eu sinto mesmo essa dor”*. A psicóloga apontou que a mente não está separada do corpo e questionou essa relação entre dor e medo. A paciente disse que já foi muito *“furada”*: *“Tenho medo de ficar dependendo dos outros. Quando eu não consigo me movimentar preciso de alguém. Mas, eu não estou mais com aquele medo que eu tinha de*

ficar só, eu não tenho mais ninguém comigo: irmão, mãe ... preciso de cuidados, já passei por 10 cirurgias, é muita coisa". A psicóloga: *"Então, a dependência já existe"*. A paciente confirmou, apesar de suspeitar que as dores se originem nos rins. Disse: *"O medo surge primeiro que a dor, não gosto de ficar só, sou muito insegura"*.

Posteriormente, retornou a dizer que as pessoas pensavam que suas dores decorriam de fatores psicológicos: *"Dizem que é coisa de doido, pensam que eu estou inventando dor, pensam que eu sou de ferro e não de carne e osso como todo mundo"*. A psicóloga queria saber sobre o que ela estava falando e ela disse: *"Meu marido quer que as coisas sejam do jeito dele, mas eu quero direitos iguais"*. Acrescentou: *"Ele quer que eu abra o bar (de propriedade do marido) enquanto ele joga futebol com os amigos, isso é exploração, quer que eu faça por mim e por ele, quer que eu sustente o batente"*.

As dores não a deixavam dormir: *"Tento colocar um apoio do lado direito do abdômen para aliviar a dor, parece que estou sendo espetada. Só não acredito que existam agulhas dentro de mim porque passei por raios-X há pouco tempo"*. O médico que a atendeu na emergência acreditou que as dores fossem ocasionadas pela coluna. Tendo ela já se queixado do seu cansaço, a psicóloga indagou se essas dores tinham a ver com esse discurso e ela confirmou: *"O bar exige muito, as pessoas acham que eu sou de ferro, preciso estar sempre sorrindo, só tem a mim para fazer as coisas"*. Demonstrou que quando estava com dores não sorria, tampouco fazia os afazeres como de costume, delegando-os ao marido. Falava que não estava mais aguentando: *"Percebo que as dores aumentam quando sinto uma emoção muito forte"* e remeteu-se à morte de um cliente do bar em um acidente de carro e voltou a lembrar-se de sua mãe: *"Escuto a Ave Maria e lembro-me da minha mãe de criação, do meu irmão, mas, a minha mãe biológica, é como se não existisse"*.

A paciente estava sob o efeito de medicações muito fortes que a impediam de comparecer a suas sessões e a psicóloga sugeriu que ela tentasse ir mesmo assim. Quando retornou, contou que procurou um médico por não aguentar as dores e o mesmo lhe disse que ela sofria de uma distensão muscular muito grande, que devia ter adquirido de um movimento como o de levantar, pois não decorriam da cirurgia de hérnia, como ela imaginava. Contou que faria outro bloqueio através de injeções: *"É um tratamento muito lento, eu já estou cansada querendo desistir. Já procurei muito a cura, mas é sempre uma dor atrás da outra, muita coisa para uma pessoa só"*. Historicizava que começou a frequentar médicos em 1998, com dores insuportáveis nos ombros. O irmão mais velho a levou para o Rio e lá foi descoberto que tinha quatro hérnias. Na época, o médico disse que não era normal tal quantidade de hérnias e perguntou se ela pegara muito peso na infância. Nessa circunstância,

o irmão da mesma revelou que ele e outro irmão colocavam-na embaixo do peso dos potes d'água para caminhar até onde moravam. Disse: *“Aí o peso comprimiu”*. Lembrou que aos sete anos de idade vivia em cima do fogão. Repetiu-se: *“Quando estou com dores eu lembro-me de minha mãe”*. Enfatizou que sua mãe lhe deu muito amor: *“Eu não entendo, uma mulher tão bonita não casou, não teve filhos. Ela nasceu para cuidar das pessoas. Aprendi a ser humana com ela, gosto de tirar a fome de quem tem fome”*.

Quando o pai morreu, os irmãos foram morar em outro Estado e a mãe disse que ela ficava. A paciente 04 chamava a mãe adotiva de *“dinha”*. *“Eu não queria jogá-la quando ela precisava de mim, a irmã dela não a tratava bem. Eu dei todo amor que tinha para ela, esse peso eu não tenho na consciência”* e complementou: *“nossa vida foi barra pesada”*. A mãe ensinou a *“viver para dar e não para pedir”*.

Devido ao bloqueio no dia anterior, não conseguiu dormir de dor. Falou que quando trabalha demais e fazia o *“impossível”*, piorava da dor, a exemplo de ter passado da manhã até tarde da noite trabalhando no bar do marido: *“Quando vi que não aguentava mais, disse ao meu marido que iria dormir e ele ficou insistindo para que eu continuasse”*. Concluiu: *“Quanto mais eu faço, menos valor eu tenho. Hoje estou colhendo as consequências de tudo o que fiz para agradar ao outro”*. A psicóloga foi contundente: *“Você não precisa levar às últimas consequências até que o corpo não suporte mais”*.

A paciente observou que não sentiu fortes dores nos últimos dias, apesar de ter tido preocupações. Disse que chamou a *“boa moça”* (que tinha demitido de sua casa) para voltar a trabalhar com ela e ela não apareceu. Achava que isso ocorreu porque deu um sutiã para a mesma que se queixou de que estava precisando: *“Pensei: ‘estou precisando, então uma mão lava a outra’. Mas, como ela conseguiu o que queria, não cumpriu com o compromisso”*. A paciente revelou que essa era *“a tal moça”* que deu banhos frios quando ela havia feito a cirurgia: *“Ela me deixava sem fazer minhas necessidades; quando eu pedia alguma coisa, ela me chamava de ‘abusada’, ‘velha doente’, ‘metida’”*. Relatou que lhe deu o sutiã por pena, mas que conseguiu dizer que não queria mais o seu trabalho, bem como tudo o que havia passado e que não conseguira dizer anteriormente. Passou três anos com ela, acreditando que ainda poderia mudar. A psicóloga pontuou a respeito de sua fala: *“Você coloca em relação a necessidade do outro e sua necessidade, o que poderia pôr em questão estar submissa a toda sorte de coisas quando se está precisando”*. Ela comentou: *“Preciso acordar, pensar mais em mim. Separar que a necessidade do outro não é a minha”*.

A paciente perdeu um amigo, fato que a remeteu à morte do pai: *“Eu não esqueço da dor dele. As maiores dores que já senti foram com as mortes dele, da minha mãe e do meu*

irmão. Eu fiquei com a dor”. Falou da violência que sofreu por ter sido chamada para vestir o pai morto: *“Eu não sabia que iria ser daquele jeito*”. Nesse período, relatou que teve dificuldades para dormir: *“Eu só dormia agarrada com a minha mãe adotiva, até que tomei medicação passada pelo psiquiatra*”. O seu discurso se voltou para a mãe: *“Nunca vi pessoa tão bondosa como ela. Ela disse que eu só iria sofrer depois que ela morresse. A gente tinha obrigação com ela, gratidão, pois ela não jogou a gente como as pessoas queriam, eu sei que para ela não foi fácil*”. Disse: *“A gente fazia o impossível para ela*”.

Sentia falta do pai: *“Meu pai foi quem sustentou o tombo quando a minha mãe biológica me deixou, por isso senti como se tivessem rasgado o meu coração, ele fez muita falta*”. Contudo, manteve o seu discurso sobre a mãe: *“Ela não existe, era mil. Nunca faltou amor para mim. Hoje eu tenho tudo, mas não tenho aquele amor de mãe. Eu cuidava dela como se fosse um bebê. Ela me dava mimo e eu dava a ela*”. Concluiu: *“Mas vamos falar de coisa boa. As dores estão aliviando. O médico me dispensou dos bloqueios*”.

Após período de recesso institucional, a paciente 04 falou que esteve com dengue, momento em que refletiu: *“Por que tanto eu?”*. Comentava que hoje o seu corpo não aguentava: *“Antes eu era 100%, fazia de tudo e achava que podia, sem pedir ajuda. Hoje eu tenho limites, meu limite diminuiu muito depois da cirurgia e eu fico com medo de fazer as coisas e sentir dor, aí eu já paro*”. A psicóloga questionou se não seria a dor no lugar do pedido de ajuda que ela não fazia. A paciente respondeu: *“Antes eu tivesse acordado que eu era explorada*” e se reportou à jornada de trabalho que enfrentava, essa superior à do marido. *“Eu agora dou ‘não’ ”* e a psicóloga defendeu: *“Mas é possível dizer ‘não’ sem se doer tanto*”.

A paciente conta que está aliviada por ter falado com o primo do marido que era ortopedista, o qual supôs que um nervo da coluna estava pinçando seu abdômen, como seqüela da cirurgia na coluna. Disse que desde então pôde dormir, pois ele a ensinou como deveria fazer.

Quando questionada sobre o que ela própria achava da dor, ela dizia não ter explicação. Refez o seu histórico com relação às dores: *“Em janeiro de 2010 eu fiz a cirurgia, em agosto passei a sentir dores. Fiz os bloqueios em março de 2011 e mesmo com os medicamentos, minhas dores voltaram*”. Foi-lhe recomendado pelo mesmo médico, fazer RPG. Sua fisioterapeuta a presenteou com algumas sessões, mas a mesma recusou: *“Não quero explorar ninguém*”. A fisioterapeuta a chamou de orgulhosa, mas a psicóloga foi contrária: *“Não se trata de orgulho*”. A paciente 04 disse: *“Tenho a sensação de que incomodo os outros. Se eu fosse pedir um favor para você eu pediria, mas para mim, não*”. E

se justifica sobre não ter aceitado o presente: “*É como minha mãe dizia, é descobrir um santo para cobrir outro*”. A psicóloga afirmou: “*É isso o que se coloca nas suas relações*”.

Ela ligou para a psicóloga para dizer que descobriu novas hérnias e não tinha possibilidade de dar continuidade aos atendimentos. Posteriormente, após nove meses, a paciente encontrou com a psicóloga na Instituição, pois retornou ao tratamento fisioterapêutico e solicitou que seu nome fosse reinserido na lista de espera do Setor de Psicologia. Nesse instante, revelou que a causa da dor que sentia foi descoberta como sendo proveniente de uma úlcera.

Para conhecer a pesquisa e decidir sobre sua participação, colocou-se inteiramente à disposição da psicóloga, inclusive, sugerindo que ela fosse à sua casa. Ao ouvir o resumo do seu relato no TCLE, em leitura acompanhada, se emocionou.

Falou dos seus dias atuais, da mudança de seu marido e se apercebeu que no TCLE não constava sobre a morte do seu irmão. Esclareceu, ainda, que estava com 3 hérnias cervicais e 3 lombares.

3. A TRANSFERÊNCIA DE FREUD A LACAN

O termo da transferência conceitua uma operação comum à prática dos psicanalistas no exercício da psicanálise na sua função de cura pela palavra. De Freud a Lacan, esse termo sofreu transformações, porém, mantendo um continuísmo próprio à causa freudiana, qual seja, de referir-se aos conceitos teóricos a partir da experiência de manipulação dos discursos dos pacientes, da posição de ouvinte. Admitimos a necessidade de distinguir, a partir de Miller (1979/2002), três formas de transferência que aparecem dispersas no texto freudiano, para, em seguida, nos apropriarmos da releitura de Lacan sobre a teoria da transferência.

a) **Transferência-repetição**

A primeira concepção freudiana da transferência é generalista, pois seria uma das formações do inconsciente. Ou seja, um dos disfarces do desejo que se apodera de significantes esvaziados de significação, como nos sonhos. Na psicanálise, o desejo do paciente se disfarça ao fazer uso do significante do analista, tomando forma numa das séries já existentes psiquicamente. Nesse sentido, interior e exterior se confundem: “Digamos que o analista como significante, faz parte da economia psíquica. Esse é o descobrimento da transferência [...] Eu me atrevera a dizer [...] o analista é uma formação do inconsciente” (Miller, 1979/2002, pp. 60 e 61). Nesse sentido, Freud reconhece uma descontinuidade dada a emergência da transferência, como um núcleo patogênico que deriva da situação analítica. Denominou de neurose de transferência o mecanismo próprio ao inconsciente afeito à inserção do analista na economia libidinal do paciente e que vem a substituir a patologia inicial.

b) **Transferência-resistência**

A transferência aparece como obstáculo para a cura quando obstrui a abertura do inconsciente, impedindo as associações livres. Contudo, essa é uma das faces inevitáveis da transferência, pois as ditas associações livres não são tão livres assim. São regidas por leis específicas, as quais em uma análise serão reveladas. A ambiguidade da transferência se localiza aí, no tempo de fechamento do inconsciente, comum à entrada do analista na economia libidinal do paciente, como nos referimos no item anterior. Ao ofertar a sua posição de ouvinte, o analista pressiona o inconsciente, tomando a fala como causa. Nesse aspecto, “a transferência assinala que o inconsciente foi atingido e imediatamente se manifesta através de

uma infração à regra fundamental da psicanálise, através de um silêncio do paciente que evita o pensamento acerca do terapeuta” (Miller, 1979/2002, p. 64).

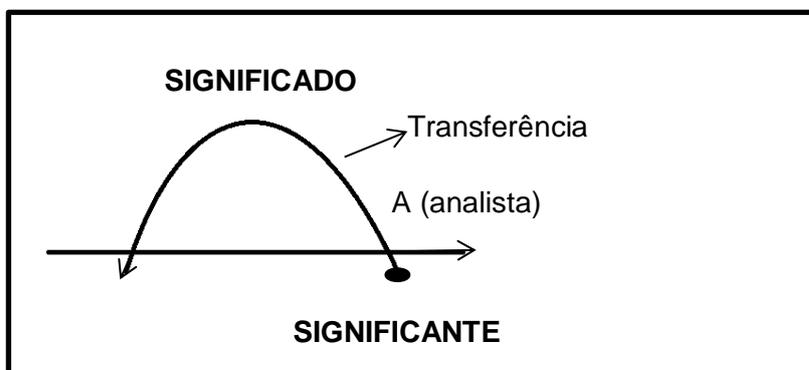
c) Transferência-sugestão

O poder de influência que se dá através da transferência decorre da possibilidade de ressignificar os sintomas do paciente. A cura analítica é o percurso que o sintoma faz, ao dirigir-se ao Outro, permitindo que o analista incida sobre os significantes do paciente, do lugar da transferência. Esse momento se refere à análise das resistências, pois requer uma adesão à proposição analítica de que qualquer coisa que se fale, não é mero acaso. A transmissão de que a fala porta uma causalidade depende do consentimento do paciente em ultrapassar a pessoa do analista e estabelecer um discurso, a saber, analítico.

d) Sujeito suposto saber

Lacan formulou a teoria do sujeito suposto saber, situando a transferência como consequência imediata desse discurso analítico. Essa estrutura de saber se instaura desde a entrega do paciente à associação livre, sob a responsabilidade da função de intérprete do analista. É a esta entrega que Miller chama de abertura à transferência, máxima aproximação da estrutura mais fundamental que é a do campo da linguagem. “Coloca-se na posição de buscar a verdade sobre si mesmo [...] no limite de sua palavra, e o limite de sua palavra está no analista enquanto grande Outro, ouvinte fundamental que decide a significação – e é por isso que seu silêncio é tão essencial [...]” (p.73).

Sobre essa estrutura, base da situação ou situação analítica, Miller traz a formalização lacaniana através do seguinte esquema:



Nota. Reproduzida do *Percurso de Lacan: Uma introdução*, de J. Miller (1979), p. 74. Campo freudiano do Brasil, 2002 pela Jorge Zahar Ed.

Figura 1: Esquema da relação analítica

O analista (A) é o Outro que ocupa o lugar de fala, é o eixo de convergência entre o vetor do significante e do significado, cuja função é a de endereçamento do significante, em primeira instância, e, sob o efeito da transferência, de decisão retroativa sobre o significante que lhe foi dirigido. Nessa estrutura, já há um saber próprio à rede de significantes, da ordem do inconsciente estruturado como uma linguagem. O analista não coincide com a estrutura analítica de saber, atravessa-a. É, antes, efeito dela.

A transferência tem como pivô o grande Outro (A), a partir do processo de significação que equivale à cura e ao próprio psicanalisar. Diz Miller que “o analista é uma formação do inconsciente” (p.80).

Questionamo-nos sobre se é possível falar de transferência, quando não há a incidência do psicólogo de orientação psicanalítica no discurso do paciente. Ainda com Miller, refletimos sobre a advertência acerca da estrutura de saber que apoia as ciências médicas. “Há dois perigos para a psicanálise, dizia Freud: os sacerdotes e os médicos. Pois os médicos, desde as origens dos tempos, assim como os sacerdotes, estão em posição de abusar do grande Outro [...]” (p.80), a nosso ver, fazendo coincidir a estrutura do sujeito suposto saber e o grande Outro, na pessoa do médico.

Contudo, em nosso caso, em se tratando de psicanálise aplicada à Instituição, não nos omitimos de falar da desinvestida do médico por parte da Instituição, enquanto profissional de trabalho ao saber, para coloca-lo no lugar da figura do mestre, aquele que sabe, muitas vezes fazendo coincidir o lugar de médico com o de professor – já que, em geral, esses profissionais, fisioterapeutas e médicos, também ensinam em Faculdades às quais esta Instituição está vinculada. Nos ambulatórios de pronto atendimento, durante as consultas médicas e fisioterapêuticas, acham-se presentes vários alunos que têm a consulta como aula e o paciente como objeto de estudo. Nessa perspectiva, esse cenário reforça a atividade, como sendo preponderantemente por parte do profissional de saúde, em detrimento dos alunos e pacientes, além de explicitar a posição do paciente como objeto passivo e de conhecimento da área médica.

De modo geral, não se percebe engajamento entre as próprias equipes médicas, ou entre os médicos e os demais profissionais. Essa visão generalista é quebrada pela manobra que poucos, no um a um, fazem entre colegas de trabalho, ao incitarem uma prática de encaminhamentos entre si e de conversas pelos corredores sobre os pacientes em comum. Entre os fisioterapeutas e outros profissionais o engajamento é maior. No entanto, esse movimento não é institucionalizado. Não há reuniões entre esses profissionais e nem a

possibilidade de provocar um saber sobre suas práticas e intercambiá-los. Não há incentivos institucionais para que esse tipo de atividade se realize, apesar de haver abertura para tanto. Tampouco, não há iniciativa de nenhum dos profissionais nesse sentido. Parece haver uma grande preocupação em manter a rotina de atendimentos com muito cuidado para não infringir no caráter quantitativo a que esses profissionais demonstram estarem movidos, mesmo sendo sabível que existe a flexibilidade da agenda ser montada pelo próprio profissional.

A demanda é sempre exorbitante e embriaga a todos que participam do serviço num automatismo quase que frenético. Não sabemos se, para dar conta de uma missão impossível, qual seja, a de atender a todos, ou se, para cumprir com o que acreditam ser uma exigência de trabalho, como se, ao se reunirem para discussão de casos e reflexões sobre suas práticas, não estivessem trabalhando como médicos de acordo com o que a Instituição espera deles. O fato é que, embora haja pesquisa e ensino para os seus alunos e um campo a eles, sempre acessível do ambulatório, essa produção não circula na Instituição como um todo e não desconstrói a ideia supracitada por Freud, já que não é aparente o esforço da figura do médico para mudar esse cenário de acomodação.

3.1 A transferência em questão

Como causar uma transferência em pacientes cujos corpos doem, quando a demanda de tratamento é endereçada a outro profissional e é somente por intermédio dessa segunda demanda de intervenção, feita pelo profissional, que o paciente chega até nós?

Para Lacan, a demanda é produto do ser falante, a partir da fórmula: todo desejo é desejo do Outro. Ao recebermos os pacientes e nos questionarmos sobre o que demandam, estamos, sobretudo, questionando a sua relação com o outro do laço social, mas também com o registro do simbólico e, portanto, a sua relação com o saber. Como balizadores da clínica psicanalítica, considerar se há uma demanda do sujeito, em que está pautada, quais os seus antecedentes e onde tem origem, são questões sobre as quais podemos levantar alguns pontos no que diz respeito à direção do tratamento pela relação transferencial.

A partir dessas questões preliminares ao método psicanalítico da associação livre, portanto, anteriores ao estabelecimento da transferência, lembramos: primeiro, que nos norteamos clinicamente pelo discurso, já que é eminentemente por ele que a demanda poderá ser identificada. Discurso esse que o paciente nos dirige e com o qual justifica a sua procura por um profissional naquele momento e não em outro. Segundo, levamos em conta a

existência de uma demanda do paciente, sem, contudo, descartarmos sua negativa. Isso significa dizer que uma possibilidade não exclui a outra; pode existir um discurso que elucide sobre a demanda que levou o paciente até o encontro com o psicólogo; entretanto, isso não significa que ele demande propriamente uma análise. Em terceiro lugar, o contexto em que se dá o atendimento traz implicações à demanda do paciente, pois em se tratando de atendimento em Instituição, seja privada ou pública, ou em consultório, o percurso que o paciente fará até o psicólogo não será o mesmo. As peculiaridades de funcionamento de cada serviço infligem diferenças na forma como o paciente solicita uma análise. Numa instituição na qual o psicólogo está inserido entre vários outros profissionais de saúde, por exemplo, o paciente pode chegar até ele através de uma rede de atendimentos, como mera indicação de outro profissional, sem que haja demanda própria do paciente, o que dará outra roupagem à sua posição em relação ao psicólogo e ao próprio tratamento.

Em nossa experiência, o saber suposto é endereçado ao profissional de saúde (médico ou fisioterapeuta) e não diretamente ao psicólogo de orientação psicanalítica. O profissional de saúde o reendereça, quando o saber dele não dá conta. Mas esse endereçamento não faz cadeia, porque ele se exclui do processo. Na maioria das vezes, parece não haver por parte destes uma suposição de saber no tratamento de psicologia, entendido como “um cuidado paliativo”. Mas o encaminhamento se torna legítimo quando a oferta do serviço psicológico é um possível destino para o que já não tem tratamento, levando em conta a cronicidade da doença. Seria possível afirmar que, para o paciente, a demanda inicial que o fez procurar o saber médico ou a terapêutica do fisioterapeuta permanece e é reendereçada ao psicólogo, através de um atendimento psicológico por procuração? Podemos dizer que a transferência está presente nesse circuito? Daí crer que o saber suposto no psicólogo por parte do profissional de saúde, saber de outra ordem que não seja científica, não é transmitido ao paciente pelo próprio profissional. Desse modo, como o psicólogo de orientação psicanalítica pode operar para a produção da transferência, quando não há uma demanda endereçada a ele pelo paciente?

Nas Instituições, de acordo com Freud (1912b/2006, p.117), a transferência se manifesta como resistência “ao restabelecimento [do paciente], retém-no. Ela é encoberta ao invés de revelada, o mantém a certa distância da vida”. Podemos pensar que isso se dá, ao passo que, pelo caráter assistencialista das Instituições, não é comum que se ponha em cheque a demanda dos seus usuários ou a maneira como cada qual emprega ali a sua relação com o inconsciente, pois Lacan (1964/1988, p.142) vai se referir à transferência como a “catarse dos elementos do inconsciente”.

Outrossim, usualmente, subentende-se que uma boa Instituição é aquela que atende prontamente às solicitações que lhes são destinadas em nome do bem comum. Porém, Freud (1925-1926/2006) já alertava sobre os usos sociais que os doentes fazem de suas doenças, como ganhos secundários. Isso pode se dar pela atenção que se conquistou na família desde que se prostrou doente, na dispensa do trabalho ou ganho de benefícios pelo governo, ou mesmo na gratuidade de serviços próprios àquele mal de que sofre. Essa satisfação inconsciente ou transferencial enquanto demanda endereçada ao Outro da Instituição não é revelada na mesma, mas é atendida, nutrida e contribui para que esses doentes não se disponham a renunciar a essa espécie de satisfação. Suas resistências são reforçadas no sentido mesmo de resistirem veementemente ao próprio restabelecimento sob a pena, por exemplo, de perder a vaga na Instituição, onde se alcançou verdadeiro reconhecimento, inseriu-se em grupos, fez laços, muitas vezes, em torno de uma nomenclatura que lhe foi ofertada e com a qual se identificou, como “grupo de crônicos” e tantos outros.

É preciso, assim, produzir uma demanda ou tentar causar uma demanda, uma vez que ela é uma abertura para o saber inconsciente, saber do qual não se sabe. Mas, como averiguamos, se essa demanda já existe, mesmo que do ponto de vista de um rechaço do inconsciente, como fazê-la reverter-se num ponto de âncora para o sujeito do inconsciente? Como aproveitá-la nesse momento de demanda inicial? Como pode o sujeito demandar num contexto de gozo?

Lacan (1964/1988) não foi pessimista quanto a essa recusa do inconsciente, pois, para ele, a presença do analista é uma manifestação do inconsciente mesmo em sua recusa. Manifestação, propriamente, dos efeitos da fala sobre o sujeito, “nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (p.126), revelando a incidência do campo do Outro (A) enquanto causa da transferência. Daí decorre o conceito de sujeito suposto saber como pivô da transferência – a suposição estabelece a experiência analítica, na medida em que ao analista é suposto um saber sobre o desejo do paciente, colocando-o no lugar do Outro, passível de atualizar a realidade sexual do inconsciente, pois para Lacan a sexualidade é discursiva.

Importa que o paciente demande ao analista, pois se por um lado é uma via para que ele o inclua no seu discurso e possa fazer laço, então supondo nele um saber – pois o sujeito que nos demanda interroga sobre o seu desejo – por outro lado, ao propor ser analisado, algo supõe faltar, pois suspeita sobre uma ignorância, uma não ciência que lhe concerne através do seu sintoma. Lacan (1972-1973/2003, p. 102) indica que “a análise veio anunciar que há saber

que não se sabe, que se baseia no significante como tal”, contingente, o que conduz Lacan à sua máxima de que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (p. 22).

Lacan (1960/1998) sublinha que o apelo da demanda não pode ser incondicional, mas em relação ao outro, sob os meandros de uma falha introduzida pela necessidade, a de que não há satisfação universal. Dessa encruzilhada entre necessidade e demanda é que decorre o desejo, o desejo de saber. Quer dizer, é a partir desse apelo que subjaz a demanda, da qual o sujeito do inconsciente emerge na medida em que faz uso da linguagem. A necessidade representa o elemento mais bruto da pulsão, um modo direto de satisfazê-la. A demanda, por sua vez, é a parte da pulsão transferida para a palavra e endereçada ao Outro, que aparece como gozo no corpo. Já o desejo seria o mais além da demanda, ou seja, o resto das necessidades que empurram os significantes do desejo (Lacan, 1972-1973/2011). Assim, necessidade difere de satisfação, pois nessa, a linguagem está envolta.

Contudo, a dor na fibromialgia, na sua condição de empuxo ao gozo da contemporaneidade que enfatua o distanciamento do saber de si, remete ao dizer de Lacan (1972-1973/2003, p.113): “O inconsciente não é que pense, é que falando goze e não queira saber de mais nada”. Seja pela promessa de cura pela medicação, seja pelas pesquisas e comprovações científicas, a possível abertura ao inconsciente sucumbe já na desvalorização daquilo que o paciente tem a dizer sobre sua história para além das dores físicas, quando o que encontra são respostas prontas a respeito do que acontece consigo e com o seu corpo. O corpo, assim, denuncia, por meio de seus mecanismos linguísticos e significantes que o constituem enquanto corpo, um saber sobre o discurso da ciência, manifesto, no caso da fibromialgia, pelas dores corporais. “Trata-se de mostrar que o corpo não é separado do saber, e, que, antes de tudo, há um saber do corpo, um saber no sentido próprio da articulação significante. Trata-se do saber produzido pelo discurso da ciência” (Miller, 1999, p. 46). Como lembra Freud (1912a/2006, p. 129), em prol da transferência, é preciso que o profissional mantenha-se na “posição de fazer uso de tudo que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão”.

Quando o sujeito procura o médico, não se trata de um pedido de cura necessariamente, pois ele pede também para permanecer na sua doença, receber o aval de doente, daquele que pode gozar do corpo próprio sem fazer uso da cadeia significante. Segundo Lacan, “o gozo, aqui, é um absoluto, é o real, e tal como o defini, como aquilo que sempre volta ao mesmo lugar” (Lacan, 1996/2001, p.206).

Posto isso, além de considerarmos que não se trata de atender à demanda do paciente, pois aquilo que ele pede não lhe concerne, com Lacan (1955/1988) partimos do ponto de vista de que toda demanda é demanda de amor e que, como tal, não poderá ser atendida na situação analítica, e isso é o que definirá a continuidade do próprio tratamento. A questão que se coloca é a de como manejar a transferência de modo que a demanda do paciente não seja atendida, mas que se mantenha entreaberta, para que algo possa mobilizá-lo para dar prosseguimento ao tratamento. Manejar a transferência, portanto, seria conciliar as exigências que atuam na resistência com a investigação analítica. Freud (1914-1915/2006) adverte sobre essa questão, visto que o que se poderia oferecer ao paciente nunca seria mais que um substituto, até que se desse outra utilidade real a essa pulsão sempre insatisfeita.

Para Freud, a pulsão é o limite entre o biológico e o psicológico, enquanto para Lacan a pulsão é uma montagem que se dá pela linguagem, atrelando-se ao gozo do corpo. A incidência do significante produz gozo e o gozo fraciona o corpo da criança. São as marcas de gozo, a multiplicidade de S1 que Freud chamou de polimorfismo pulsional. (Holtz, 2011, p.85)

Ou seja, é pelo campo do Outro que a pulsão se instaura, introduzindo as zonas erógenas, banhando o corpo, recortando-o e fazendo bordas. O circuito pulsional tem no objeto perdido ou, como Lacan denomina, o *objeto a*, um lugar vazio sem representação e um obturador, pois ocupável pelas várias possibilidades de sua função e não faz jus ao desejo: “é, ou pré-subjetivo, ou fundamental de uma identificação do sujeito, ou fundamento de uma identificação denegada pelo sujeito” (Lacan, 1964/1988, p. 182). A pulsão não satisfeita, simplesmente é contornada, escamoteando o real da impossibilidade de fazer existir a relação sexual, reiniciando o circuito pulsional em sua parcialidade frente à finalidade biológica da reprodução, causada pelo campo do Outro, como lugar de fala.

O que singulariza o ser falante é o objeto *a*, que constitui a maneira de gozar de cada um, gozo encarnado no corpo [...] Conceber o objeto *a* como um *plus* de gozo implica a afetação de um corpo a causa de um excesso, de um *plus*, algo que o parasita e isso adquire categoria de traumático. Esta afetação constitui um acontecimento no corpo. O que afeta o corpo de um ser falante é o que

constitui um acontecimento (Portillo, 2011, p.139, tradução nossa)³¹.

Isto é, “originalmente, conhecemos apenas objetos sexuais”, como já dizia Freud (1912b/2006, p.117); essa é a trama e o trauma constitutivo da sexualidade no real do corpo e da língua. Através dessa “montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente” (Lacan, 1964/1988, p. 173), podemos afirmar que a sexualidade opera na transferência. E isso se dá pela função significante, a partir da estrutura linguageira do inconsciente, que proporciona ao corpo aparelhar-se sexualmente, sem que, para tanto, seja necessário atingir a finalidade biológica da sexualidade. É assim que a interpretação analítica tem consequências, ao alcançar o desejo, pois o desejo mesmo é Outra interpretação subjacente àquela que, pelo aparelho pulsional, se relança. “Como a demanda do Outro não corresponde à necessidade, algo escapa, algo falta entre necessidade e demanda, algo central na compreensão da pulsão, é o desejo” (Holtz, 2011, p. 87).

Se alguma coisa na interrogação apaixonada que anima o ponto de partida do processo dialético tem efetivamente relação com o corpo, deve-se realmente dizer que na análise esta relação é acentuada por traços cujo valor de destaque ganha peso devido a sua incidência particularmente negativa [...] Rompendo com a tradição que consiste em abstrair, em neutralizar, e esvaziar de todo o seu sentido o que pode estar em causa no fundo da situação analítica, entendo partir do extremo, do que é suposto pelo fato de que alguém se isole com um outro para lhe ensinar o quê? – aquilo que lhe falta (Lacan, 1960-1961/2010, pp.24 e 26).

Logo, a análise simula a inadequação já existente, entre esse objeto perdido ou pequeno *a* e o desejo, demarcando que no corpo coabitam necessidade, demanda e desejo. Pois o corpo está aí, para ser negado enquanto lugar de solução, e, se insiste, é por se fazer

³¹ Lo que singulariza al hablante-ser es el objeto *a* em tanto constituye la manera de gozar de cada quien, gozo fijado, encarnado em el cuerpo [...] Concebir al objeto *a* como um *plus* de goce implica la afectación de un cuerpo a causa de um exceso, de un plus, algo que lo parasita y eso adquiere categoria de traumático. Esta afectación constituye um acontecimiento sobre y en el cuerpo. Lo que afecta el cuerpo de un *ser-hablante* es lo que constituye um acontecimiento.

presente em sua consistência, para desviar o sujeito da verdade pulsional de que a relação é sempre faltante. Nesse sentido, o fechamento do inconsciente é inevitável, já que a transferência exacerba a resistência a partir do circuito pulsional. Contudo, há possibilidade de sua reabertura quando é em ato de amor que a transferência se manifesta, “momento de báscula, de virada, onde, da conjunção do desejo com seu objeto enquanto inadequado, deve surgir essa significação que se chama o amor” (Lacan, 1960-1961/2001, p.50). Daí porque, a partir do laço e da possibilidade do surgimento do afeto a ele inerente, é que o amor de transferência freudiano permanece, sendo uma via possível para estremecer esse tamponamento do inconsciente. Segundo pontua Miller (2004a) quanto à transferência, já não é mais possível dizer que tenha como pivô o sujeito suposto saber, uma vez que com a queda dos significantes mestres que barravam a crença na liberação sexual do homem, é a própria transferência que se coloca como pivô de funcionamento do saber. E, acrescentamos, a transferência, fundamentalmente, que tem como alavanca o amor, este que faz existir o inconsciente enquanto saber, como o que mediará os eu-sozinho do autogozo.

O amor é recíproco para dizer que o desejo do homem é o desejo do Outro. O amor demanda amar, mais ainda, essa é a falha de onde no Outro, parte a demanda do amor decorrente do enigma do gozo do corpo do Outro (Lacan, 1972-1973/2011, p.12).

Contudo, “o gozo do Outro que é simbolizado pelo corpo não é signo de amor” (Lacan, 1972-1973/2011, p.44), isto é, se o amor faz signo, o gozo não o faz. O corpo, segundo Lacan “talvez seja apenas esse resto que chamamos de objeto *a*”, pois, “o gozo, enquanto sexual [...] não se relaciona ao Outro como tal” (p. 13). Por isso, o corpo, por si só, reduto de gozo, não possibilita uma via de acesso ao saber, senão, o de que, do corpo se goza. Eis que aí está o mistério do corpo falante e o mistério do inconsciente.

Ocorre que a crença demasiada na máquina corporal, por parte das ciências médicas, dá consistência ao corpo, e por que não dizer, ao gozo, produzindo um curto-circuito subjetivo. Dado que não se valoriza o discurso do paciente, prioriza-se o corpo-organismo, que funciona para a ciência comprobatória por uma lógica distinta que exclui qualquer possibilidade de subjetivação desse corpo. Logo, não se autoriza o dizer do paciente e ao invés disso, lhe é dado como legítimo gozar (função que o corpo tem) do seu sofrer, seja de um órgão, de um lugar ou posição na vida, da qual, de antemão, não se pode questionar pela via da ciência.

Miller (2004a) é pontual: “É preciso pôr o corpo para elevar a interpretação à potência do sintoma”, uma vez que o sintoma não faz laço *a priori*. O inconsciente não existe como saber e para fazê-lo existir é preciso o amor. Uma psicanálise demanda amar o seu inconsciente, esse é o único meio de fazer relacionar o S1 e S2 dispersos no discurso da civilização, em meio ao caos do mundo, para fazer existir não a relação sexual, mas a relação simbólica. Segundo Lacan (1972-1973/2011), diferentemente de outros discursos, a psicanálise destina o gozo à elaboração, a pôr o objeto *a* através da presença do analista, como mediador simbólico, de modo a interrogar o saber que se baseia no significante como tal, causa da transferência.

3.2 Sutilezas da relação transferencial

No percurso clínico institucional de cada paciente foi possível averiguar os casos que apresentaram comorbidades patogênicas, em que a gastrite e a cefaleia, por exemplo, no caso da paciente 01, a hipertensão, no caso da paciente 04, e as hérnias, no caso das pacientes 03 e 04, apareceram paralelamente à fibromialgia ou dor crônica. No entanto, os registros dos prontuários em geral refletiram a forma técnica de tratar os dados clínicos dos pacientes, sendo ocultado qualquer relato sobre o estado emocional ou subjetivo dos mesmos.

As pacientes quase sempre se referiram aos sintomas da fibromialgia, mesmo na consulta com especialidades de outras áreas, como foi o caso da paciente 01 e da paciente 02, respectivamente na especialidade de gastroenterologia e oftalmologia, demonstrando o quanto a patologia é transclínica e afeta o paciente em sua complexidade.

Foi possível observar a assiduidade dos pacientes através desses dados institucionais, o que envolve, num primeiro plano, a transferência para com o profissional e a Instituição, e, responsabilização pelo tratamento. A exemplo da paciente 01 que afirmou que a sua médica reumatologista diferia de todos os médicos que frequentou: “*ela me escuta*”. Nesse caso, a médica parece ter tomado uma postura mais compassiva, a qual permitiu que a paciente estivesse à vontade para fazer suas tomadas de decisões, mesmo quando contrariava as recomendações médicas. Isto é, ter sido acolhida na possibilidade de desafiar a medicina, lhe deu condições para traçar o seu próprio tratamento e responsabilizar-se por ele, o que não conseguiu fazer no campo subjetivo no Setor de Psicologia.

A paciente 03, por exemplo, dizia que gostaria que a sua fisioterapeuta estivesse “*colada*” a ela para lhe socorrer, demonstrando a função que essa profissional exercia na

transferência, com a qual tinha a sua dor acolhida através dos exercícios fisioterapêuticos, diferentemente dos profissionais que a abandonaram, descrentes dos seus sintomas. As pacientes 03 e 04 permaneceram vinculadas ao Setor de Fisioterapia da Instituição até o momento da pesquisa, quer dizer, ambas mobilizaram elementos transferenciais na Instituição que viabilizaram efeitos terapêuticos, a ponto de fazê-las continuar frequentando aquele ambiente.

Na transferência, fosse com a médica reumatologista ou com a psicóloga, a posição da paciente 01 foi de enfrentamento e desafio. Punha à prova o discurso da médica: “*A médica disse que a fibromialgia decorre de estresse, mas nem sempre é assim*”. Nesse caso, embora se contradissesse ao suspeitar do trauma emocional (a perda de sua filha) como causa dos seus sintomas, o fato de a médica não lhe dar uma explicação aceitável acerca da patologia fazia com que desconfiasse e questionasse a sua indicação para o acompanhamento psicológico, que também foi recomendação médica. O seu encaminhamento para o Setor de Psicologia seria, assim, uma confirmação de que as suas crises dolorosas eram de fundo emocional, segundo concepção médica e, talvez, sem explicação. Isso ressoava na sua relação com a psicóloga, quando lhe perguntava: “*Para que serve o tratamento psicológico?*”, uma vez que tinha verificado que as suas crises sintomáticas surgiam mesmo depois de uma simples caminhada e não somente diante de situações de estresse. Colocava à prova essa sentença ditada pelo médico, de modo subliminar, a qual desafiava com o seu próprio corpo, que doeu mesmo após as caminhadas prescritas pelo médico com o fim de apaziguar tal sintomatologia. Estava às voltas com o que a medicina chamava de “*emocional*” e isso a interrogava.

Nesse caso, para a paciente 01 se instaurava um paradoxo na relação transferencial com a psicóloga: como a psicóloga poderia “tratar” o que não era emocional, mas real, como suas dores? Inconscientemente, não havia lugar para a psicóloga na transferência, uma vez que esta só poderia tratar do que fosse de ordem emocional. Para nós, a paciente 01 sustentava a predição do discurso científico como um caminho certo que lhe diria sobre o seu futuro, a poupá-la de refletir sobre si mesma e implicar-se em seu sofrer. Na postura de desafio, desautorizava seu saber próprio, evitando qualquer relação entre o seu estado emocional e a sua patologia, já que corroborando com ela, o sistema de classificações médicas silenciava sobre essa possível relação. Em nenhum momento, a paciente 01 expôs que essa relação teria sido posta explicitamente pela médica.

Apesar de ter tentado seguir outro caminho, que não o do dualismo entre corpo e mente/dores e emoções, para evidenciar a emergência de um saber próprio da paciente 01, a psicóloga pode ter sido interpretada como Outro dessa série que subestimava as suas dores, já

que a questionou para além da “*moça da fibromialgia*”, nome que a ciência lhe prestou e do qual se serviu.

No entanto, não havendo pronunciado sobre a sua saída do Setor, talvez tenha retomado o lugar da pessoa de quem todos dependem ao pedir que a psicóloga se ocupasse de seu filho, abrindo mão de si mesma. No encontro recente com a pesquisadora, a paciente 01 foi clara: “*Não queria depender de ninguém na minha cura*”.

No caso da paciente 02, a escuta oferecida pela psicóloga parece ter acolhido o que lhe sobrecarregava, a saber, as traições do marido. Esse efeito catártico foi identificado na segunda entrevista, quando apresentou melhora significativa da sua sintomatologia, passando a queixar-se dos problemas dos seus familiares, desejando que também se tratassem. Esse efeito terapêutico rápido se deu quando a psicóloga tocou na questão da sua dependência para com o marido, tendo em vista que a paciente 02 enxergava apenas a dependência do marido para com ela.

No último encontro a respeito da pesquisa, a paciente 02 demonstrou que houve relevante piora da sua sintomatologia dolorosa. Desacreditada sobre uma cura para a sua dor, delegou à psicóloga, agora enquanto pesquisadora, a responsabilidade de encontrar uma cura através da pesquisa.

Mais uma vez, assim como a paciente 01, a paciente 02 demandou à ciência tomar providências. Não se viu como coparticipante do mal contestado, a não ser vitimizada pelo mesmo. A paciente 02 velou o conteúdo das traições do marido nessa ocasião. Reportou-se que a sua passagem pelo Setor de Psicologia da Instituição, deu-se por exigência que a fisioterapeuta lhe fez. Pontuação que nos suscita a questão, assim como nos demais casos, sobre o que é transmitido pelo profissional que encaminha o paciente para acompanhamento psicológico. É possível acompanhar um paciente a partir de uma exigência? Observamos que a função da escuta nesse caso de fibromialgia, prioritariamente, sustentou a relação transferencial até o último momento, mesmo sendo breve, visto que a posição da psicóloga foi muito mais silenciosa que nos demais casos.

Não obstante, enquanto pesquisadora, fora do *setting* analítico, a psicóloga não percebeu que as perguntas feitas pelas paciente 02 e 03, a partir de seus mal-entendidos sobre o TCLE – se deveriam continuar a se encontrar com a psicóloga – poderia ser uma abertura inconsciente para um possível reestabelecimento do vínculo transferencial, o que poderia ser considerado uma retomada da aposta na palavra. Infelizmente, naquele momento, não foi possível ofertar-lhes uma escuta, pois o Setor de Psicologia já estava com suas vagas

preenchidas. Do ponto de vista ético, escolhemos manter os casos como encerrados para efeito da pesquisa.

Na transferência, acentuou-se o fato de a paciente 03 ter chegado ao Setor de Psicologia não por encaminhamento (que no seu caso ocorreu de modo secundário), mas através do pedido do seu marido. Ela demonstrou um incômodo na possibilidade de depender das pessoas, de lhes pedir socorro, o que parecia colocá-la numa posição de menos valia, de submissão e talvez tenha sustentado uma posição de defesa ao longo de suas sessões. O seu modo de gozo, ser “*super-herói*”, ditava que aonde fraquejava, havia de resistir, para não se deparar com a angústia de castração, ou seja, com a sua própria impossibilidade.

A paciente 03 pode ter interpretado a pergunta da psicóloga sobre o que era a fibromialgia, como sendo uma desconfiança da sua sintomatologia, fato que já havia se repetido com outros profissionais de quem buscou ajuda, considerando ter sido abandonada por eles. Tal interpretação pode ter sido determinante para a sua saída do Setor, semelhante à paciente 01.

Apesar de a psicóloga atuar com cortes nas sessões, na tentativa de se utilizar do real do tempo cronológico para acessar o atemporal da lógica inconsciente, não sabemos se, pela redução interpretativa da psicóloga, ou, se por tais atuações não terem sido alçadas à interpretação inconsciente, as mesmas não se mostraram eficazes nesse caso, pois, nas sessões seguintes, a paciente 03 não buscava retomar nada do que lhe falara a psicóloga anteriormente.

A paciente 03 não comentou sobre o fato de o marido ter procurado o Setor de Psicologia da Instituição, tampouco a psicóloga. Não parecia ter providenciado ela mesma estar ali, mas falava sobre o que havia lhe ocorrido, talvez buscando que o seu “*psicológico*” acompanhasse a sua evolução no quadro corporal, já que o dizia afetado. A psicóloga não se utilizou desse discurso próprio da paciente 03, quando mais tarde ela chegou a negar o fator psicológico do seu quadro clínico. Se a psicóloga o tivesse utilizado nesse momento, talvez pudesse fazer-lhe diferença.

Suspeitamos que a saída da paciente 03 foi um *acting out* daquilo que não foi transmitido pela psicóloga. Segundo Freud (1914/2006, p.165) “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts out*). Ele reproduz não como lembrança, mas como ação, repete-o, sem, naturalmente, saber que o está reprimindo”. Quer dizer, alguém da interpretação da transferência para o paciente, o *acting out* resultou do fato da transferência, ser apenas um fragmento da repetição ou daquilo que está marcado enquanto gozo, destinado não só para o analista, como para todos os aspectos da vida

atual do paciente. Foi também o que se observou ser transferido para a “*boa moça*”, no caso da paciente 04. Uma atuação cujo núcleo era a relação com o campo do Outro, no caso a mãe biológica da paciente.

O objeto olhar, atualizado na psicóloga, para a paciente 03 foi constrangedor e a mesma não teve oportunidade de elaborar a esse respeito, diferentemente da paciente 04. Para essa, o objeto olhar era indicativo de que a psicóloga não era seca como a sua mãe biológica, o que a permitiu estabelecer uma transferência com a psicóloga desde o primeiro contato, tendo o olhar como significante da psicóloga que para a paciente 04 era familiar – enquanto características libidinais antecipadas. Olhar que transmitia segurança e a certeza de uma cura.

No caso da paciente 04, a psicóloga também foi apontada como instrumento de alívio por meio da escuta, assim como para a paciente 02. A postura da psicóloga foi tão ativa quanto nos casos anteriores, contudo, através das demonstrações de afeto da paciente 04, ao final das primeiras sessões, a psicóloga também pôde atuar com mais veemência desde cedo. Recusando o que ela lhe demandava, a psicóloga apontou simbolicamente o que estava por dizer, relativo à carência de que a paciente 04 se referia em ato, mas que dizia do lugar que ocupava no desejo materno. Pois, nesse momento, ela revelou que essa falta dizia respeito ao afeto que não recebeu da mãe biológica, da qual sentia mágoa.

A “*boa moça*” (expressão dela, que comporta uma ironia), como se referia à pessoa que a ajudava nas atividades de casa e quem cuidou dela no pós-cirúrgico, marcou-a em seu corpo com o fato de tê-la maltratado quando ainda estava cirurgiada. A mesma pode ter atualizado na paciente 04, algo de sua mãe biológica a partir do trauma de ter passado necessidade nas mãos dessa moça, uma vez que a mãe biológica a deixou ainda bebê em fase de aleitamento materno, também passando necessidade. Assim como sua mãe biológica, via que essa moça se interessava mais no que precisava particularmente, do que nela. Entretanto, só iria revelar essa relação de ambiguidade com a “*boa moça*”, muito discretamente nos últimos atendimentos, afirmando que passou muito tempo aceitando o seu trabalho e a sua presença.

Inicialmente, queixava-se apenas de que alguém havia sido responsável por lhe dar banhos frios no pós-cirúrgico e que isso a fazia temer depender das pessoas. Porém, posteriormente, ficaria mais clara a proximidade que ela fazia entre essa moça e a mãe biológica, fato que a psicóloga não observou a tempo de traduzir para ela o que lhe ocorria na transferência, como repetição para com essa moça.

O seu marido também chegou a ocupar o mesmo lugar que a sua mãe biológica e entendemos o seu ímpeto por separar-se dele como sendo uma dificuldade dela de separar-se

do que, transferencialmente, a mantinha ligada à sua mãe biológica, a saber, a mãe adotiva. Pois, ao repudiar o comportamento da mãe biológica para com ela e o seu modo de ser, reforçava a compaixão da mãe adotiva, com quem mantinha uma ligação muito forte. Ou seja, ao passo que algo ali se reatualizava pela repetição e retorno do seu lugar no desejo materno, também fazia resistir e, portanto, gozar, ao refugiar-se com os significantes derivados da mãe adotiva que a acolheu em detrimento do abandono da mãe biológica.

O marido, por sua vez, estava sempre a remetendo ao seu próprio sintoma, de doar excessivamente ao outro, como lhe ensinara sua mãe adotiva. Ela mesma afirmou nas primeiras sessões, que o ódio da mãe biológica era transposto ao marido. A identificação com a mãe adotiva pôde ser trabalhada desde que levou o exame que comprovava a sua descalcificação óssea como causa de suas dores. Diferentemente das pacientes dos casos acima expostos, a psicóloga tinha elementos para interpretar a transferência para a paciente 04, nesse momento do seu acompanhamento. Expôs que algo de sua mãe biológica se atualizava, bem como a sua identificação com a mãe adotiva: “*um caco*”. A identificação com a mãe adotiva, cujo dito era: “*o que é seu, é do outro*” a impedia de sair da posição de objeto para a mãe biológica, a qual não comprazia para com ela nenhum investimento libidinal, apenas de cunho financeiro, quando dizia ser uma “*poupança*” para a mãe.

Nesse aspecto, foi possível mantê-la a par do que lhe ocorria inconscientemente, pois dizer “*não*” em suas relações era também se separar dos ditames da mãe caridosa. Inclusive, ao duvidar da traição que supôs ao seu marido, de forma paradigmática, abriu-se um novo momento de seu acompanhamento, pois lhe foi possível duvidar da verdade fantasística da mãe biológica – já que falava do abandono materno como uma traição – essa transferida ao seu marido.

Semelhante à paciente 03, a paciente 04 não queria depender de ninguém. Isso pôs em foco a psicóloga no lugar de Outro da dependência, nesse caso, particularmente, no lugar da mãe adotiva e, quando isso era deposto, era tido como sendo negativo, pois era deixar na necessidade, como a mãe biológica a deixou.

O fato de a paciente 04 ter procurado a psicóloga para atendimento recentemente demarca a sua transferência mantida de modo contingente, até os dias de hoje.

Assim como as pacientes 01 e 03, a paciente 04 considerou uma ofensa pensar a sua dor como sendo de ordem psicológica.

3.2 Convergências e singularidades

Foi comum a todas as pacientes se encontrarem num estado limítrofe provocado pela sintomatologia dolorosa. Contudo, subjacente às queixas corporais, havia questões psicológicas associadas, fazer-se dependente para o outro ou ser dependente do outro, duas facetas da mesma moeda que, concomitantemente, as colocava numa situação limítrofe.

Semelhante à paciente 01, a paciente 02 é resoluta ao apontar que há uma dependência de seus familiares para com ela. Contudo, ao passo que se queixam que se as pessoas recorrerem a elas, atendem essas demandas e sintomatizam em seus corpos, um limite que aparece juntamente com o sinal da dor, acompanhado do discurso de que não aguentam mais. Diante desse contexto, há um retorno localizado no corpo, desse sofrer que faz a paciente 01 parar e impede o corpo da paciente 02 de ficar de pé, respectivamente. Percebemos que ambas estão mobilizadas nessa posição de servir ao outro e, inconscientemente, investem nesse ponto de que sofrem, pela via da vitimização.

Tanto para a paciente 01 quanto para a paciente 02, parece ser um esforço hercúleo e digno de desistência de suas experiências analíticas, seguir na vida sem resolver o problema dos que estão à sua volta ou sob suas responsabilidades. Ou seja, sair da posição de fazer-se dependente para o outro. Ambas se interessaram em colocar seus parentes para serem acompanhados psicologicamente em seus lugares. Sobremaneira, indicando a dificuldade de se desidealizar como solução e completude para o outro. Para que serve um Setor de Psicologia? Nesse aspecto, o lugar de fala no *setting* é sinônimo de ferida narcísica.

Assim como a paciente 02, a paciente 03 tinha seu modo de gozo estabelecido numa ordem superegoica que aparelhava as suas construções fantasísticas: para a primeira, de “*aguentar tudo*” e, para a segunda, de “*obedecer*”. Ambos imperativos as colocavam numa posição de submissão, objetificadas.

No caso das pacientes 03 e 04, existia um horror a depender dos outros. Horror situado a partir das dores corporais, o qual também favoreceu suas retiradas da experiência com a psicóloga. A posição fragilizada diante do outro da transferência era dolorosa, na medida em que se atualizava a realidade de suas próprias limitações. Uma vez que não era possível ser “*super-herói*” ou “*ser de ferro*” – potência das quais gozavam em suas fantasias ou realidades psíquicas – respectivamente, nos casos das pacientes 03 e 04. Construir respaldos para lidar com a frustração do sonho de ser “*salva-vidas*” para a paciente 03 e, o abandono pela mãe biológica e perda da mãe adotiva, para a paciente 04, foram índices de realidades através dos quais, poderiam avançar analiticamente. De outro modo, seus corpos

pareciam atuar fazendo frente a tais limites, para elas, difíceis de lidar e não elaborados psiquicamente.

Ora, o termo dependência já comporta o campo do Outro. A alienação é uma operação constitutiva da subjetividade, efeito do campo da linguagem. Campo que também é substrato de todo sintoma, solução de compromisso por excelência, para fazer laço e dar consistência à relação sexual que não existe, nos diria Lacan (1972-1973/2003). Porque o desencontro é inerente ao humano, todas as tentativas de suprimi-lo serão falidas. Uma vez que um ser não é o outro, não é possível recobrir a debilidade da perda. O assujeitamento precede a operação de separação como condição de possibilidade.

Nos casos atendidos, a dependência foi evocada para ilustrar o lugar do Outro indivisível em suas vidas, apontando uma dificuldade de separação, ou seja, de lidar com a perda fundamental, indicativo transferencial que reconfigura a impessoalidade e a neutralidade do psicólogo de acordo com as experiências de cada paciente. Besset et al. (2010) interpõe que a fibromialgia intervém na economia psíquica do sujeito de diferentes formas, exercendo:

[...] função de apelo, no contexto de uma lógica de dependência do outro, impasse ou falha do trabalho de separação vis-à-vis [sic] das imagos parentais; ou de proteção vis-à-vis [sic] de uma onipresença do Outro, que seja familiar, profissional etc.; mas também como mecanismo defensivo, em relação a um conflito inconsciente, dando origem à culpabilidade. Ela pode servir também de resposta débil e primeira frente ao inassimilável de uma invasão traumática, a uma ruptura no quadro fantasmático neurótico, a um mal-estar existencial ou a uma mudança radical de vida que mobiliza os recursos sublimatórios do sujeito (p.1261).

As pacientes 01, 02 e 04 trazem a importância da figura materna na história de suas queixas. Tanto a paciente 01, quanto a paciente 02 são procuradas por suas mães, para ouvi-las, e ambas se mostram preocupadas em atender tais pedidos. Apenas a paciente 02 assumiu que a mãe precisava de tratamento inferindo seus defeitos, enquanto a paciente 01 parecia ter certo pudor ao falar da mãe, hesitando refletir qualquer alternativa para haver-se com a mãe demandante, que não a de atendê-la em seus pedidos.

Já a paciente 04, cujo atendimento chegou a se estender em detrimento das demais, toda a sua narrativa foi atravessada pelas figuras maternas de sua vida. Diferente da paciente

01, a paciente 04 pôde falar de sua identificação com a mãe adotiva, mesmo que incipientemente, e da dificuldade de perdoar a mãe biológica.

Do ponto de vista da dor, para a paciente 03, ser “*salva-vidas*”, objetivo somente para os soldados, implicava em ter que obedecer aos superiores, como na sentença que constrói: “*Os superiores estão para coordenar e os soldados para obedecer*”. Em sua resignada obediência marcada pelo gozo superegoico, similar a um soldado, sentir dor furava a ordem, mas a ordem do ser “*super-herói*”. O que a psicóloga tentou apontar quando interveio: “*o seu corpo faz limite*”, para dizer que seu corpo doía para limitar o que ela não podia considerar, por fantasisticamente envergonhar-se ou tomar isso como desobediência à farda. De outro modo, anterior às suas dores, houve um momento em que a paciente 03 parecia não sentir o seu corpo, arrebatada que estava dele, quando foi castigada no episódio da “*cisterna*”. Não havia um sinaliza-dor de que estava sendo machucada.

Na teoria lacaniana, o corpo pode ser lido através de três pontos de vista que se complementam: “do ponto de vista do Imaginário, o corpo como imagem, do ponto de vista do Simbólico, o corpo marcado pelo significante e do ponto de vista do Real, o corpo articulado ao gozo” (Cukiert, 2004, p.226). Para a paciente 03, o real do gozo realiza “a conjugação da inconsistência própria do simbólico e a consistência do corpo” (Lacan, 1975-1976/2003). Nesse instante, ser um corpo, para a paciente 03, foi prevalente a ter um corpo. Pensamos que a dor, como divisor de águas, fez corpo (Besset & Júnior Brandão, 2012), ao passo que rompeu com o silêncio do gozo mortífero confrontado com o saber do real, de que “isso falha”. Ou seja, o princípio de realidade fez obstáculo a confrontar-se com a fantasia de a tudo resistir, pois o corpo é falível. Em contraponto, ser “*salva-vidas*” equivalia a ser “*super-herói*” na sua neurose e tais significantes corporizados faziam assumir-se num corpo resistente às dores, mas, sobretudo, um corpo de puro gozo, objeto do Outro – no caso, atualizado através do oficial, quem para ela detinha o saber sobre seus limites.

Contudo, num só depois, quando os efeitos de sua realidade psíquica recaíram sobre seu modo de existir, pois ficou impossibilitada de se locomover, tendo de recorrer a vários tratamentos, é que passou a tentar simbolizar o ocorrido. Diante da ruptura em sua vida, da queda brusca de seus significantes mestres na experiência analítica, ainda assim, estava fixada agora, como quem precisava ser salva. Fato que lhe fazia verdadeira ferida narcísica e lhe colocava a contragosto, na posição de dependente do Outro na relação transferencial.

A paciente 04, por sua vez, não fez uma queixa direta das dores crônicas, mas de um sintoma de medo, pânico. Somente ao longo dos atendimentos, as dores que já faziam parte da história de sua vida, foram narradas, assim como os outros sintomas, associadas às questões

com o seu casamento, isto é, com o feminino e especialmente com o fantasma materno. A dor para a paciente 04 lhe era abrupta, a ponto de tomar morfina para gases abdominais. Ou a exemplo de quando teve dengue e ficou com uma tristeza profunda, a ponto de achar que não estava aguentando mais, constatando certo fenômeno de sensibilização marcado pela marca de gozo “*um caco*”. Contudo, ao longo das sessões, ficou claro que suas dores estavam associadas, especialmente, à perda da mãe adotiva.

A paciente 04, assim como a paciente 03, fez corpo através da dor, pois o corpo lhe dava limites, bordas, para os quais não costumava atentar de outra maneira. Isso se enfatizou quando realizou o bloqueio, já depois da quantidade de intervenções cirúrgicas, apresentando a pulsão dissociada do significante. A busca por dar sentido às dores difusas em seu corpo, diante das diversas suspeitas médicas (gases, rins, coluna, seqüela da cirurgia, distensão abdominal, nervo pinçando o abdômen, úlcera) lhe colocava frente ao infinito do mais-degozar. Num primeiro momento, elaborou que essas dores tinham relação com nervosismo ou medo, insegurança, alguma emoção muito forte. Num segundo momento, a dor foi vista por ela como um limite; um refúgio para não sair com o marido e para não manter relações com o mesmo. Por fim, frequentemente as dores lhe remetiam à sua mãe adotiva, bem como à indiferença de sua mãe biológica, ponto que ficou por ser trabalhado. Ainda assim, foi enxertado pela psicóloga que talvez ela fizesse confusão ao tentar localizar o seu limite a partir desse corpo outrificado, uma vez que algo do saudosismo materno incidia na sua economia pulsional através das dores corporais.

Na sua constituição o corpo é do Outro. O corpo neurótico está tomado nas tramas do Outro (Lacan, 1975-1976/2003) e a paciente 04 dava corpo ao que ela própria perdera com a perda de sua mãe, corroborando com a teoria freudiana da dor, correlacionada à intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto materno do qual se sente falta ou que está perdido.

Há em comum, por fim, além do fato de que todas as pacientes enfrentavam em suas vidas conflitos pessoais, o rechaço aos fatores psicológicos, emocionais, que nos casos das pacientes 01, 03 e 04, dão motivos para que se pense que suas dores são inexplicáveis para a medicina (paciente 01); que são dissimulações (paciente 03) ou que são inventadas, coisas de doido (paciente 04). Nos primeiros casos, é clara a participação dos profissionais de saúde nesse tipo de visão que foi construída.

Assim, fica-nos a pergunta sobre como é entendido o que é tido como “emocional” para a medicina e como isso é transmitido, uma vez que para tal ciência, é transparente a confusão de explicações sobre a fibromialgia, da qual o paciente fica à mercê. Besset et. al.

(2010) ressalta o quanto as impressões médicas passam a influenciar a experiência de dor na relação com o paciente:

A incompreensão pode levar, se nos referimos às defesas acionadas tanto pelo médico como pelo paciente, a situações de discordância na transmissão de informações, de subestimação ou, ao contrário, de superestimação da dor. Isso pode levar a possíveis falhas no atendimento, a impasses terapêuticos, até mesmo, por vezes, ao agravamento da experiência de dor (p.1254).

Em pesquisa sobre comparação clínica e metapsicológica entre pacientes melancólicos e portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), cujo objetivo era pensar a relação que as pacientes estabeleciam com o próprio corpo, observou-se, assim como os pacientes que sofrem de dores,

que os sujeitos construía uma narrativa sobre si a partir dos seus diagnósticos e prontuários, como uma possibilidade de registro e inscrição da própria história. Sem um estofo interno solidamente ancorado, essas pacientes tornam-se “reféns” de um discurso externo, muitas vezes o único capaz de lhes conceder atributos de existência que as organize minimamente (Pinheiro, Verztman, Venturini, Viana, Canosa & Caravelli, 2006, p.198).

Semelhante ao caso da paciente 01, no caso da paciente 03, nos perguntamos: O que fica subentendido e subscrito para os pacientes que ouvem dos seus médicos que o que têm é “psicológico”? Por que há tamanha defesa contida no testemunho que os pacientes dão ao se reportarem a esse tipo de discurso proferido por seus respectivos médicos? Que norte aí encontramos para pensar a transferência distribuída entre vários, em nome do tratamento do paciente? Há uma transmissão para os pacientes sobre o que é psicológico por parte da medicina, mas, certamente, o que é psicológico para eles não o é para os psicólogos de orientação psicanalítica. Contudo, isso não quer dizer que toda defesa e indignação dos pacientes de serem contestados em seus sofrimentos não recaiam sobre os psicólogos.

A medicina trata a demanda do paciente como necessidade; por essa razão tem na medicação a expectativa de que sejam suprimidos, além dos sintomas, mal-estares e angústias do paciente, quer dizer, o gozo inerente ao corpo vivo. É o que vemos com o uso

indiscriminado dos antidepressivos com os quais os médicos tentam apaziguar essa demanda categoricamente:

É próprio à estrutura do discurso um certo tratamento de gozo, entretanto, o discurso da ciência por tomar o real pela verdade, foraclui a singularidade como traço diferencial do ser falante. O produto é o retorno sobre o corpo de um gozo onde a única medida possível fica reduzida a ele próprio, a arranjos onde o corpo é tomado como substrato direto, sem intermediação (Besset et al., 2010, p.1259).

Portanto, com a demanda inicial “atendida” pelo médico, não resta lugar para o sujeito suposto saber do inconsciente. Parece se instaurar uma inércia com relação à produção de saber produzido a partir desse significante “fibromialgia”, com sua série de significados advindos de um sistema classificatório fechado, que não faz, senão, alçar ao mais-de-gozar do adoecimento, legitimando essa entrada no circuito pulsional, sem espaço para uma simbolização contingente, ou seja, singular ao paciente.

Se o papel da transferência só se explica na sua relação com a resistência, uma vez que a satisfaz, mesmo que parcialmente, levando em conta que é a resistência que trabalha como “agente provocador” (Freud, 1914-1915/2006, p.180) no discurso, nesse caso, esse agente é aquele que sabe e obtura uma elaboração própria do paciente sobre a sua dor. Como mestre, esse agente atua a partir do sem número de significantes engendrados pela ciência. São certezas que não trabalham para a divisão do sujeito, senão para uma conformação, ou seja, para uma incorporação daquilo que, da linguagem os atravessa, como no caso da fibromialgia e todas as controvérsias diagnósticas em torno dessa patologia, de ora inserir-se num rol classificatório das ciências médicas, ora não. Posto isto, a elaboração já sucumbe antes mesmo de ser provocada, fato que se coloca tanto ao se considerar o contexto atual da liberação do gozo dos corpos e crise das normas, quanto da ascensão no social da erótica dos objetos sexualizados segundo a lógica do inconsciente, especialmente através do discurso da ciência que denega o desejo. Dá-se lugar a uma mutação das pulsões, a uma atuação dos corpos inédita, fazendo valer ao que do pulsional sempre escapa como resto não simbolizável.

Na fibromialgia, a dor vem no lugar dessa palavra que falta, em lugar do significante que falta no Outro, limitando a elaboração. Há uma marginalização daquilo que a ciência não consegue explicar e dos efeitos psíquicos das patologias.

Assim, não se trata de enfatizar a ‘cura a todo preço’, mas ao contrário, considerar a eventual função da fibromialgia na estruturação psíquica como solução subjetiva. Nessa perspectiva, o clínico (médico, psiquiatra, psicólogo e/ou psicanalista) deve sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de esboçar uma teoria pessoal de sua doença. É um primeiro passo, mas uma via para permitir ao sujeito mudar ou, pelo menos, modular sua posição face ao sofrimento sem remédio. Em alguns casos, esse pode ser um caminho para uma verdadeira mutação subjetiva, uma abertura para a interrogação sobre a maneira de se colocar no mundo, a singularidade de sua relação ao saber, ao real do sexo e à morte. (Besset et al., 2010, p.1264).

O encontro com o psicólogo, sob esse ponto de vista, não produzia efeitos de uma fala singular, não testemunhava nenhuma subversão, uma vez que era signo do discurso pleno do Outro que encaminhou o paciente, contra o qual o corpo atuava para que seu sofrimento fosse atuado, como forma de apelo ao Outro, como nos casos das pacientes 01, 03 e 04.

Como não havia um trabalho interdisciplinar, o paciente era direcionado e geralmente restringido ao trato de um único profissional. A ausência de um trabalho feito em equipe aparece na prática. Bastava que alguém inserisse o psicólogo como membro da equipe e algo se modificava. E foi o que aconteceu com a paciente 4, diferente dos demais casos. A psicóloga, ao chegar na Instituição, foi apresentada pelo fisioterapeuta à paciente como representante do Setor de Psicologia da Instituição. Entendemos que não foi por acaso que esta paciente conseguiu capturar os significantes da psicóloga que lhe seriam úteis no seu acompanhamento. Elementos que foram localizados no seu dizer, como provenientes da oferta da clínica analítica pelo profissional de fisioterapia, então representante da interdisciplinaridade da Instituição, momento em que se distribuem os saberes sobre a saúde e os cuidados.

Sabe-se que o “analista também dorme”, especialmente quando não opera do lado do desejo do analista, senão do ser. Como vem nos dizer Sarmiento (2013, p.2) “o desejo do analista é o desejo de despertar”. Mas, é latente que a realidade de uma Instituição com seus limites e ordenamentos comuns ao seu bom regimento, interfira na atuação do psicólogo de orientação psicanalítica que está ciente que não pode ofertar um lugar de escuta simplesmente por ofertar, caso não tenha condições institucionais de fazê-lo. Esse assujeitamento,

obviamente do lado do ser, se passa como sendo uma escolha forçada e também ressoa nas entrelinhas do que é transmissível ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo se fundamentou na experiência com a psicanálise aplicada em atendimento em ambulatório pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Instituição localizada na cidade de Campina Grande-PB, a partir da escuta de pacientes diagnosticados com fibromialgia e/ou dor crônica. Foram escolhidos quatro casos clínicos, já encerrados e autorizados pelos pacientes, a fim de circunscrever neste estudo a problemática da escuta do corpo que dói, uma vez que nessas experiências verificou-se que a relação transferencial paciente/psicólogo estava comprometida. Como esses pacientes chegavam ao Setor de Psicologia da Instituição referenciados por outros profissionais, geralmente médicos e fisioterapeutas e não unicamente por suas próprias escolhas, no decorrer dos atendimentos, percebemos que a transferência estava fortemente vinculada àqueles que os encaminharam ao Setor, fazendo enganches na atual produção analítica dos mesmos. Isso passou a explicitar-se com a exaltação dos discursos médicos com fins comprobatórios de suas patologias, os quais ganhavam uma autoridade quase inabalável, que os confrontava subjetivamente. Pois, numa verdadeira queda de braços, o sentido que advinha de cada um era sobrepujado pelo pragmatismo médico, com o agravante de que a fibromialgia, por exemplo, não cabia nessa objetividade escapando, inclusive, ao saber médico científico e recaindo no fora de sentido que retornava nas insistentes dores corporais dos pacientes. De um lado, referiam-se às classificações diagnósticas e exames, e, de outro, apresentavam um discurso de defesa contra a psicologização dos sintomas e ao caráter emocional das dores sofridas, em defesa de uma legitimação dos seus sintomas. Defesa que permeava comumente o atendimento desses pacientes precipitando, muitas vezes, suas saídas precoces do Setor de Psicologia da Instituição. A psicóloga, indicada por profissionais que os acompanhavam anteriormente, era tida como representante dos mesmos, para testemunhar essa verdade, qual seja, a de que suas dores existiam de fato e que se tratava de uma questão puramente fisiológica. Desse modo, os corpos doloridos doíam cada vez mais, única via pela qual a medicina poderia lê-los e constatar, clinicamente, de que sofriam. Foi nesse aspecto que verificamos uma fixação com relação à transferência para a pessoa do médico ou do fisioterapeuta, que geralmente fazia o encaminhamento ao psicólogo, ao passo que nada mais restava a ser feito quanto à queixa do paciente. A nosso ver, o modo como se dava essa iniciativa, provocava uma barreira na instauração da transferência para com o psicólogo e mesmo com relação ao investimento do paciente na sua cura. Pois ao encaminhar o paciente para o profissional de psicologia, o

médico ou fisioterapeuta retirava-se da cena institucional e por não implicar-se no processo enquanto membro da equipe, não fazia operar a circulação da transferência.

Certamente, não se trata de universalizar o olhar psicanalítico ou exigir que outros campos de saberes o comportem, mas, fundamentalmente, o desmembramento enquanto equipe perpassou a questão transferencial em todos os casos atendidos. Entendemos que viabilizar a transferência é responsabilidade da equipe, em se tratando de uma prática institucional, e que, se isso não ocorre convém insistir em levar tais reflexões para o interior do serviço, a fim de que esse real exaltado num circuito de resistência pela dinâmica de trabalho na Instituição seja diluído e não aguçado. Em outras palavras, para que as pulsões em jogo quando da mobilização das defesas inconscientes do paciente não retornem para ele próprio sob a forma de um bloqueio no progresso do seu tratamento. Questões que, por não serem discutidas abertamente entre os profissionais, muitas vezes, por confundirem seus limites com fracasso, ressoam na sua relação com o paciente, a ponto desse interrogar-se sobre o que é ou não psicológico como o que determinaria a sua condição de doente. Quer dizer, isso que está desintegrado no corpo da equipe é capaz de se presentificar no corpo do paciente pela via do campo da linguagem,

O trabalho em equipe pode ser a nosso ver, ponto de estofo do que, na visão do profissional de saúde se reduz muitas vezes ao que é nominável pelas ciências médicas. Não se pode conceber que uma identificação com certo diagnóstico seja somente de benefício para o paciente que também tende a se reduzir a esse nome. Por mais que esse nome que vem do Outro o sustente psiquicamente e lhe atribua corpo, os efeitos disso são devastadores, especialmente quando, no caso das patologias crônicas, a cura é tida como impossível, em geral, pelos próprios profissionais a que os pacientes recorrem. Isto é, o paciente encarna esse discurso proveniente de um corpo pautado pela ciência, sem que se dê espaço para que um nome próprio, para que uma auto-nomia advenha da relação entre o corpo e o saber de cada um.

Serviços de plantão de escuta poderiam estabelecer uma porta de entrada para a escolha espontânea e não anônima do paciente para se servir do Setor de Psicologia, em coerência com a busca por esse caminho em nome próprio. Para os pacientes que requeressem uma continuidade quanto à escuta no Setor, esses encontros pontuais funcionariam visando dissipar a transferência negativa e propiciar o estabelecimento de uma transferência mais próxima do campo analítico. Propomos também, prioritariamente, que o trabalho em equipe possa ganhar corpo, de modo que a realização das consultas médicas e/ou fisioterapêuticas no momento da acolhida do paciente na Instituição se dê em conjunto, contando com a presença

de cada profissional dos diversos Setores da Instituição. Considerando o psicólogo como componente da equipe multidisciplinar para receber a demanda inicial do paciente, seria possível inaugurar uma conversa entre esses membros sobre a origem dessa demanda, bem como dá lugar ao que é nominável e ao que só poderá ser nomeável pelo sujeito. É preciso que ele próprio possa se haver com seu limite simbólico ou com o real que lhe assola a despeito da fibromialgia, para que se dê a montagem de uma ficção transferencial endereçada, que dá forma o corpo. E, a Instituição não pode se omitir na sua participação para que isso se dê.

Se a gratuidade traz a problemática da implicação subjetiva, pelo fato de ocultar o ônus que a própria decisão de falar acusa por si mesma, torna-se ainda mais séria quando os profissionais que ali estão são também desinvestidos enquanto tais, apenas cumprindo com a ordem do dia. Há um ônus pela decisão de implicar-se no seu desejo de cura, e, a gratuidade – regra do Sistema Único de Saúde (SUS) – o oculta enquanto causa de demanda. A oferta vem desgarrada da demanda subjetiva pois, em geral, simplesmente pelo caráter gratuito do serviço, comporta-se a ideia de que, quanto mais se usufruir dos serviços, seja na quantidade de consultas que se consegue, por contatos ou encaminhamentos, seja pela oportunidade de se garantir a vaga que se ocupa o máximo de tempo possível, mais o usuário está sendo beneficiado financeiramente.

Entendemos, nesse aspecto, que o ganho inconsciente ou gozo do usuário do serviço é, quase sempre, se manter em sua doença. O que se torna inadmissível é que a Instituição consinta com a manutenção ou institucionalização da doença em sua prática obnubilada ou não reflexiva. Necessita-se haver um investimento na formação de equipes, na formação de um corpo institucional, não para anular as partes específicas e próprias a cada campo de saber, mas para ultrapassar o automatismo de um lado, e o posto daquele que tudo sabe, de outro. Urge ultrapassar, acima de tudo, o despedaçamento institucional, o qual os próprios corpos dos pacientes denunciam a respeito da defasagem de um coletivo de trabalho, cuja provocação ao saber se mostra vencida pela rotina e pelo óbvio. Talvez, ainda, se denuncie de algum modo, que um corpo é sempre sintoma de outro corpo sob transferência, como bem revela a psicanálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS³²

American College Rheumatology. (1990). *Classification Criteria For Rheumatic Diseases*.

Fibromyalgia – Excerpt. Disponível em:

<http://www.rheumatology.org/Content.aspx?id=17409>. Acesso em: 24 jan.2014.

American College Rheumatology (2010). *Classification Criteria For Rheumatic Diseases*.

Fibromyalgia Diagnostic Criteria – Excerpt. Disponível em:

<<http://www.rheumatology.org/Content.aspx?id=174>>. Acesso em: 24 jan.2014.

American Psychiatric Association (APA) (2013a). Somatic Symptom Disorder. *American Psychiatric Publishing*. Disponível em:

<http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>

Acesso em: 16 fev.2014.

American Psychiatric Association (APA) (2013b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V) (5ª. ed.)*. Arlington, VA.

Alvarez, P. (2013a, novembro). *Falar com o corpo*. Conferência apresentada no VI ENAPOL, VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Alvarez, P. (2013b). Falar com qual corpo? *Textos do V ENAPOL, Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana*. Disponível em:

<http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Textos/Hablar-con-cual-cuerpo_Patricio-Alvarez.htm>. Acesso em: 18 jan.2013.

Belaga, G. (2004). (Org.). *Presentación. La Urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Braga, P. & Sequeira, F. (2013). Fibromialgia, o desafio do diagnóstico. In. *Dor*, 3(21), 11-18.

Brasil. (2011). Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Protocolo clínico de*

³² De acordo com o estilo APA - American Psychological Association. In: Funaro (coord.), [et al.]. (2009).

diretrizes terapêuticas dor crônica. Brasília, DF: Autor. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cp_sas_ms_07_dor_cronica_2011.pdf Acesso em: 12/07/2012.

Brasil. (2002). Ministério da saúde. *Diretrizes para a atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica*. Brasília, DF: Autor. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=23408 Acesso em: 12/07/2012.

Braga, Beatriz Pavão & Sequeira, Cristina Fidalgo. (2013). Fibromialgia, o desafio do diagnóstico. In: *Dor*, 21(3), 11-18.

Besset, V. & Brandão Júnior, P. M. C. (2012). Quando a dor faz corpo. *Revista Borromeo*, 3, 433-449.

Besset, V. L., Gaspard, J.-L., Doucet, C., Veras, M. A. S., Cohen, R. H. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 10 (4), 1245-1269. Disponível em: http://www.unifor.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2355&Itemid=1021 Acesso em 12/04/2013.

Costa, R. S. C. da. (2009). *As dores corporais na fibromialgia: reflexões psicanalíticas*. 105f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife - PE.

Caon José, L. (1994). O Pesquisador Psicanalítico e a Situação Psicanalítica da Pesquisa [Porto Alegre,]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 7(2), 145- 174.

Collado, A. (2008). Fibromialgia: Una enfermedad más visible. In. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, 517-520.

Cukiert, M. (2004). Considerações sobre corpo e linguagem na clínica e na teoria lacanianiana. *Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP)*, 15(1/2), 225-241.

Ehrlich, G. E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 9(81), 671-676.

Freud, S. (1914-1915/2006). Observações sobre o amor de transferência. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914/2006). Recordar, repetir e elaborar. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1901/2006). Fragmento da análise de um caso de histeria. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. VII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915/2006). Os instintos e suas vicissitudes. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912a/2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912b/2006). A dinâmica da transferência. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1988/2006). Histeria . In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. I. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1886-1956/2006). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. I. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.(1925-1926/2006). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v III. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1908/2006). *Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna*. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v. IX. Rio de Janeiro.

Freud, S. (1893/2006). *Histeria*. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v III. Rio de Janeiro.

Freud, S. (1888/2006). *Estudos sobre a histeria*. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad.). v I. Rio de Janeiro.

Goldenberg, M. (2013). A fibromialgia, uma dor “muda”. *Textos do V ENAPOL, VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana*. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf> Acesso em: 16/02/2014.

Gurgel, I. (s.d.). *As surpresas de uma fala*. Diário Americano, boletim on-line do V Encontro americano de psicanálise de orientação lacaniana - ENAPOL. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/enapol/09/pt/textos/iordan.pdf> Acesso em: 21/09/2011.

Heymann, R. E., Santos Paiva, E. dos., Helfenstein Junior, M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R. et al. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Brasileira de Reumatologia*, vol 1, n. 50, pp. 56-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a06.pdf>. Acesso em: 22/06/2012.

Holtz, M. O. B. (2011, agosto). A criança e o gozo da mãe. In. *A psicanálise: sua ação e sua eficácia*. Aleph. Revista da Delegação Paraná da Escola Brasileira de Psicanálise, n.2. Paraná - PA: Autor.

Klotz, J. (2011). El psicoanálisis, práctica de cuerpo. In. E., J. G. & Ulloa, R. C. (Eds.), *El cuerpo en psicoanálisis*. (pp. 53-56). Venezuela: Editorial Pomaire.

Lacan, J. (1964/1988) *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos da psicanálise.* (M. D. Magno trad.). Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1971-1972/2011). *O seminário. Livro 19. ...ou pior.* (Ribeiro, V. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1968-1969/2008). *O seminário, livro 16: De um Outro ao outro.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1975-1976/2003). *O seminário. Livro 23: Mais ainda.* (S. Laia trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1972-1973/2003). *O seminário. Livro 20: Mais ainda.* (M. D. Magno trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1969-1970/1991). *O seminário. Livro 17: O avesso da psicanálise.* (A. Roitman, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed..

Lacan, J. (1960/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In: *Escritos.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1975/2003). Joyce, o sintoma. In. *Outros Escritos.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1955/1998). Variantes do tratamento padrão. In: *Escritos.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.

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

Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos.* (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1953/2005). O simbólico, o imaginário e o real. In: *Nomes-do-pai*. (A. Telles trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1967-1968/2006). *Meu ensino*. (A. Telles trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1974/1993). *Televisão*. (A. Quinet trad.). Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Laurent, E. (2010/2012). A ordem simbólica no século XXI. Consequências para a cura. (pp.33-41). In: *Papers n.1, Boletín Electrónico del Comité de Acción de la Escuela Una - Scilicet*.

Versión. VIII Congreso Asociación Mundial de Psicoanálisis. Disponível em: <http://www.congresoamp.com/Papers/Papers-001.pdf> Acesso em: 20/06/2012.

Laurent, E. (2013, novembro). *La agitación de las normas clínicas y su consecuencia real*. Conferência apresentada no VI ENAPOL. VI VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Lebrun, J. (2009). *Clínica da Instituição: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva*. (S.Chapadeiro trad.). Porto Alegre: CMC Editora.

Laia, S. (2013, novembro). *Hablar com el cuerpo*. Conferência apresentada no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Lazzarini, E. R. & Camargo Viana, T. (2006, maio-agosto). O corpo em psicanálise. *Rev. Psicologia: teoria e pesquisa*, 2(22), 241-250.

Miller, J. (2004a). Uma fantasia. In: *Opção Lacaniana*, n.42, 7-18.

Miller, J.-A. (2004b). Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. In: *Opção Lacaniana*, n.41, p.51. São Paulo: Eolia, 2004.

Miller, J. (1999). O corpo e a vida. In: *Elementos de biologia lacaniana*. (Y. Vilela trad.). Belo

Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise -MG.

- Miller, J. (1986). *As cinco variações sobre o tema da elaboração provocada*. Disponível em: <http://www.ebpsc.com.br/wordpress/wp-content/uploads/cinco-variaaues-do-tema-da-elaboraaprovocada-jacques-alain-miller1.pdf>. Acesso em: 27/06/2012.
- Miller, J. (1979/2002). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. (2001). Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia. *Rev. Phoenix*, Curitiba, n.3.
- Mandil, R. (s.d.). Amor e gozo nos limites do simbólico. *Atividade Preparatória ao VIII Congresso da AMP*. A ordem simbólica no século XXI. Não é mais o que era. Que conseqüências para a cura? Escola Brasileira de Psicanálise -Delegação Paraíba, 2010.
- Maleval, J. (2011). Miseria del inconsciente cognitivo. In. E., J. G. & Ulloa, R. C. (Eds.), *El cuerpo em psicoanálisis*. (pp. 53-56). Venezuela: Editorial Pomaire, 2011.
- Maron, G. (2012, março). A dimensão aditiva do sintoma. In. *Opção lacaniana online*. [Adobe Digital Editions version] n.7, ano 3. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_7/A_dimensao_aditiva_sintoma.pdf. Acesso em: 08/02/2014.
- Nobrega, P. (2012). “As velhas dores de sempre”: um corpo para gozar. In. *Falasser*. *Rev. Da Delegação Paraíba – Escola Brasileira de Psicanálise*, 6, (pp.171-175). Campina Grande, PB: autor.
- Oliveira, S. M. E. (2012, julho-dezembro). O que é que tem um corpo e não existe? Resposta - o grande Outro. *Almanaque on-line*. *Rev. eletrônica do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG)*, 11, 1-11.
- Palomera, V. (2005/2012). *Psicoanálisis y medicina*. In: Amor, cuerpo y locura. (1a ed.). (pp. 7-31). Córdoba: Babel editorial.

Pinheiro, T., Verztman, J., Venturini, C., Viana, D., Canosa, L. & Caravelli, S. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. *Revista Psic. Clin.* 1(18), 193-204. Rio de Janeiro: Autor.

Portillo, R. (2011). El sinthome: acontecimiento del cuerpo. In. Ulloa, R. C. & Gavlovski E., J. (Eds.), *El cuerpo en psicoanálisis*. (pp. 53-56). Venezuela: Editorial Pomaire.

Queiroz, E. F. (2012). Dor e gozo: de Freud a Lacan. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 851-866. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000400008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1415-47142012000400008 Acesso em: 12/04/2014.

Rosenberg, N. (2013, novembro). *Cuerpo-dolor*. Trabalho apresentado em Mesas Simultâneas sobre Fibromialgia no VI ENAPOL. VI VI Encuentro Americano de la Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Sanches, M. L. (2009). Fibromialgia e Disfunção Temporomandibular: Patologia Única ou Comorbidade. In: *Simpósio brasileiro e encontro internacional sobre dor. Simbidor – Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor*. (pp. 103-104). São Paulo: Office Editora.

Serles, C. (2013, novembro). *Fora de órbita*. Trabalho apresentado nas Mesas simultâneas sobre corpo e dor no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Sarmiento, F. (2013). A necessidade apaga a contingência. *Boletim haum da Escola Brasileira de Psicanálise*, 8, 2-4.

Strozzi, S. (2013, novembro). *Impromptu en dos tempos y a propósito de dos silêncios*. Trabalho apresentado nas Mesas simultâneas sobre Fibromialgia no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.

Torres, L. M. (2008). Fibromialgia. In. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, 501-502.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). Chapter XIII. Other soft tissue disorders (M70-M79). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (CD-10)*. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/M70-M79> Acesso em: 15/08/2012.

ANEXOS

Anexo I

PRIMEIROS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS OFICIAIS PARA A FIBROMIALGIA (ACR, 1990)³³

Duração superior a três meses de:

- dor musculoesquelética generalizada, ou seja, abaixo e acima da cintura e nas metades esquerda e direita do corpo;
- dor à pressão digital (4 kg) em áreas simétricas do corpo e com localização bem estabelecida, ou seja, em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos pré-estabelecidos, a saber:

1-Ponto occipital

Bilateral, nas inserções do músculo sub-occipital.

2-Ponto cervical inferior

Bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 e C7.

3-Ponto trapézio

Bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo.

4-Ponto supra espinhoso

Bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata, junto do bordo interno.

5-Ponto da segunda costela

Bilateral, na junção costo-condral da segunda costela, imediatamente externo à junção e na face superior.

6-Ponto epicôndilo

Bilateral, 2 cm externamente ao epicôndilo.

7-Ponto glúteo

Bilateral, no quadrante superior externo da nádega, no folheto anterior do músculo.

8-Ponto grande trocânter

³³ Disponível em: https://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/fibro_2010.asp
Acessado em: 24/01/2014.

Bilateral, posterior à proeminência trocântérica

9-Ponto joelho

Bilateral, na almofada adiposa interna, acima da interlinha articular.

E, pelo menos, mais dois dos quatro sintomas seguintes:

- fadiga;
- alterações do sono;
- perturbações emocionais;
- dores de cabeça.

Embora seja necessária a presença de pelo menos 11 pontos dolorosos, simétricos, em 18 possíveis, para classificar esta síndrome, aquele número pode não ser necessário para estabelecer o diagnóstico.

1990 CRITERIA FOR THE CLASSIFICATION OF FIBROMYALGIA (EXCERPT)

1. History of widespread pain.

Definition. Pain is considered widespread when all of the following are present: pain in the left side of the body, pain in the right side of the body, pain above the waist, and pain below the waist. In addition, axial skeletal pain (cervical spine or anterior chest or thoracic spine or low back) must be present. In this definition, shoulder and buttock pain is considered as pain for each involved side. "Low back" pain is considered lower segment pain.

2. Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation.

Definition. Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18-sites:

- *Occiput: Bilateral, at the suboccipital muscle insertions.*
- *Low cervical: bilateral, at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5-C7.*
- *Trapezius: bilateral, at the midpoint of the upper border.*
- *Supraspinatus: bilateral, at origins, above the scapula spine near the medial border.*
- *Second rib: bilateral, at the second costochondral junctions, just lateral to the junctions on upper surfaces.*
- *Lateral epicondyle: bilateral, 2 cm distal to the epicondyles.*
- *Gluteal: bilateral, in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle. Greater trochanter: bilateral, posterior to the trochanteric prominence.*
- *Knee: bilateral, at the medial fat pad proximal to the joint line.*

Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg. For a tender point to be considered "positive" the subject must state that the palpation was painful. "Tender is not to be considered "painful."

For classification purposes, patients will be said to have fibromyalgia if both criteria are satisfied. Widespread pain must have been present for at least 3 months. The presence of a second clinical disorder does not exclude the diagnosis of fibromyalgia.

Anexo II

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES PARA A FIBROMIALGIA (ACR, 2010)³⁴

Modo de apuração:

1) Índice de dor generalizada (*widespread pain index*, WPI): observar o número de áreas em que o paciente teve dor durante a última semana.

Em quantas áreas é que o paciente teve dor?

Ombro esquerdo	Ombro direito
Braço esquerdo	Braço direito
Antebraço esquerdo	Antebraço direito
Anca esquerda	Anca direita
Coxa esquerda	Coxa direita
Perna esquerda	Perna direita
Mandíbula esquerda	Mandíbula direita
Tórax	Abdómen
Pescoço	Região dorsal
Região lombar	

A pontuação irá estar compreendida entre 0 e 19.

2) Escala de pontuação de gravidade dos sintomas (*symptom severity*, SS):

Fadiga

Sono não reparador

Sintomas cognitivos

³⁴ Disponível em: https://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/fibro_2010.asp
Acessado em: 24/01/2014.

Sintomas somáticos: dor abdominal, cefaleia, dor muscular e articular, etc.

Para cada um dos 3 sintomas acima, indicar o nível de gravidade durante a semana passada utilizando a seguinte escala:

0 = nenhum problema

1 = problema ligeiro, geralmente leve ou intermitente

2 = problema moderado, considerável, muitas vezes presente e / ou em um nível moderado

3 = problema grave: problemas difusos, contínuos e inquietantes e que perturbam a vida.

Considerando os sintomas somáticos em geral, indica-se se o paciente tem:

Dor muscular	Síndrome do intestino irritável
Fadiga / cansaço	Pensar ou lembrar os problemas
Fraqueza muscular	Cefaleia
Dor / cólicas abdominais	Dormência / parestesias
Tonturas	Insónia
Depressão	Obstipação
Dor abdominal superior	Náuseas
Ansiedade	Dor torácica
Visão turva	Febre
Diarreia	Boca seca
Prurido	Sibilos
Fenómeno de Raynaud	Urticária
Zumbidos auditivos	Vómitos
Azia	Úlceras orais

Perda / mudança da sensação de gosto	Convulsões
Olhos secos	Falta de ar
Perda de apetite	Erupção cutânea
Sensibilidade ao sol	Dificuldades de audição
Queda de cabelo	Equimoses fáceis
Micção mais frequente que o normal	Micção dolorosa
Espasmos vesicais	

0 = sem sintomas

1 = alguns sintomas

2 = número moderado de sintomas

3 = grande quantidade de sintomas.

A pontuação SS é a soma da gravidade dos sintomas de 2 (Fadiga, Sono não reparador, Sintomas cognitivos) mais a extensão (gravidade) de sintomas somáticos em geral. A pontuação final está entre 0 e 12.

O doente preenche os critérios de diagnóstico para FM se as 3 condições seguintes estiverem presentes (8):

	Índice de Dor Generalizada (WPI) for ≤ 7 e Escala de Gravidade dos Sintomas (SS) ≥ 5
1	ou WPI 3-6 e Escala SS ≥ 9
2	Sintomas presentes a um nível semelhante durante pelo menos 3 meses
3	Ausência de outra doença que possa explicar a dor

2010 PRELIMINARY DIAGNOSTIC CRITERIA (EXCERPT)

CRITERIA

A patient satisfies diagnostic criteria for fibromyalgia if the following 3 conditions are met:

- 1. Widespread pain index (WPI) ≥ 7 and symptom severity (SS) scale score ≥ 5 or WPI 3 - 6 and SS scale score ≥ 9 .*
- 2. Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months.*
- 3. The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.*

ACERTAINMENT

- 1. WPI: note the number areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19.*

Shoulder girdle, left

Shoulder girdle, right

Upper arm, left

Upper arm, right

Lower arm, left

Lower arm, right

Hip (buttock, trochanter), left

Hip (buttock, trochanter), right

Upper leg, left

Upper leg, right

Lower leg, left

Lower leg, right

Jaw, left

Jaw, right

Chest

Abdomen

Upper back

Lower back

Neck

2. *SS scale score:*

Fatigue

Waking unrefreshed

Cognitive symptoms

For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:

0 = no problem

1 = slight or mild problems, generally mild or intermittent

2 = moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

3 = severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems

*Considering somatic symptoms in general, indicate whether the patient has:**

0 = no symptoms

1 = few symptoms

2 = a moderate number of symptoms

3 = a great deal of symptoms

The SS scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms) plus the extent (severity) of somatic symptoms in general. The final score is between 0 and 12.

Somatic symptoms that might be considered: muscle pain, irritable bowel syndrome, fatigue/tiredness, thinking or remembering problem, muscle weakness, headache, pain/cramps in the abdomen, numbness/tingling, dizziness, insomnia, depression, constipation, pain in the upper abdomen, nausea, nervousness, chest pain, blurred vision, fever, diarrhea, dry mouth, itching, wheezing, Raynaud's phenomenon, hives/welts, ringing in ears, vomiting, heartburn, oral ulcers, loss of/change in taste, seizures, dry eyes, shortness of breath, loss of appetite, rash, sun sensitivity, hearing difficulties, easy bruising, hair loss, frequent urination, painful urination, and bladder spasms.

Anexo III

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. Sa. a participar do subprojeto de pesquisa **COMO ESCUTAR O CORPO QUE DÓI? REFLEXÕES ACONTECIMENTO DE CORPO E SOBRE TRANSFERÊNCIA**, segmento do Projeto de Pesquisa intitulado **O SOCIAL E AS PSICOPATOLOGIAS DO CORPO**, de responsabilidade da **Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz**, mat. Nº. 0680-0, do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, cujo objetivo geral é dar continuidade aos estudos sobre as psicopatologias do corpo configuradas no contexto social contemporâneo.

No segmento objeto deste subprojeto de pesquisa, o objetivo é **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**. Tendo os seguintes objetivos específicos:

Problematizar a história da escuta do corpo na teoria psicanalítica;

Articular a manifestação corporal da dor na fibromialgia na relação do paciente com o seu corpo e a linguagem;

Discutir o método da transferência, o seu estabelecimento e influência no tratamento, a partir da relação entre saber, gozo e dor.

Justificativa:

Existem muitas clínicas da dor, manipulativas e medicamentosas, entretanto, é preciso problematizar essa dor na sua economia pulsional, para então, ser capaz de escutá-la da posição de analista. Trata-se de escutar o corpo que dói na fibromialgia considerando o contexto social contemporâneo no qual o imperativo é viver sempre feliz, logo a dor deve ser banida, pois não cabe “*aprender com a dor*”. A instalação da transferência pode ser a ponte para a abertura para um saber sobre a dor. O estudo evidencia sua relevância no âmbito social, na medida em que atenta para alternativas ao mal-estar dessa civilização, tentando garantir que o sujeito continue no centro do saber sobre si.

Procedimentos:

Trata-se de uma pesquisa clínica, analisará fragmentos clínicos registrados nos prontuários dos atendimentos psicológicos realizados com cinco pacientes fibromiálgicos acompanhados numa Instituição do Sistema Único de Saúde-SUS na cidade de Campina Grande - PB que oferece Serviço Psicológico. Analisaremos o material relativo às queixas de sujeitos atendidos no referido serviço, com diagnóstico de fibromialgia e/ou portadores de dores crônicas feitos por um profissional de saúde (médico e/ou fisioterapeuta), cujos atendimentos psicológicos já foram encerrados. Em observância aos aspectos éticos, estamos apresentando um resumo dos relatos apresentados por V. Sa. durante o período de atendimento, para o qual solicitamos autorização para estudo e análise objeto dessa pesquisa.

Riscos esperados:

Serão modificados todos os dados identificatórios de modo a manter o sigilo das informações. Utilizaremos nomes fictícios para nos referirmos a cada paciente. O fato das análises se aplicarem somente aos relatos dos sujeitos que já tiveram o tratamento encerrado não implica riscos diretos. Contudo, é importante ressaltar que V.Sa. poderá decidir livremente se quer participar da pesquisa. Será dado a cada um dos participantes, o resumo (ANEXO) do material coletado, para que possa autorizar ou não, que esses dados sejam publicados. Nos casos de negativa, abriremos mão desse material. Em todo caso, nos colocaremos à disposição para esclarecer sobre os dados levantados e, se, isso vier a produzir incômodos, o assistiremos psicologicamente e tomaremos a postura de evitar a participação do paciente na pesquisa.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos para os participantes, uma vez que os casos foram encerrados. Mas, será compartilhado o resultado dos mesmos, facilitando a compreensão das próprias dores. Diretamente, do ponto de vista técnico, espera-se esclarecer para a equipe multiprofissional da Instituição em questão, a condição delicada da medicina ao não considerar a queixa corpórea como sendo uma forma de subjetividade, promovendo o impacto na prática, da escuta dessa queixa num trabalho integrado com a psicanálise, evitando assim, a cronificação da patologia corporal. O estudo ainda contribuirá para construir um respaldo psicanalítico que sirva de orientação para a cura na clínica das fibromialgias, ao discutir a posição analítica frente à escuta e seus impasses na atualidade, bem como, contribuir para a literatura psicanalítica sobre esse acontecimento de corpo e seu tratamento, entendendo a dor

na fibromialgia como um dos enredos possíveis para os corpos da atualidade, que sirva de suporte aos profissionais de saúde.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução 466/2013, revelando os resultados sempre que solicitado pelo participante ou pelo CEP/CESED, e ao término da pesquisa.

Campina Grande, _____ de _____, de _____.

Pesquisadores responsáveis:

Edilene Freire de Queiroz
edilenefreiredequeiroz@gmail.com

Pauleska Asevedo Nobrega
pauleskanobrega@hotmail.com

Eu _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do Subprojeto de Pesquisa com o título: **COMO ESCUTAR O CORPO QUE DÓI? REFLEXÕES SOBRE ACONTECIMENTO DE CORPO E TRANSFERÊNCIA** segmento do Projeto de Pesquisa intitulado **O SOCIAL E AS PSICOPATOLOGIAS DO CORPO**. Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na pesquisa.

Minha participação é voluntária e não remunerada.

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo assegurando assim a minha privacidade neste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.

Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados, apenas, para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma cópia para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, poderei contatar a equipe científica no número: (83) 8733 8819 ou (83) 9682 8809, pauleskanobrega@hotmail.com

Poderei contatar o Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, Rua Almeida Cunha, 245 - Santo Amaro – Bloco G4, 8º andar, Recife/PE, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através dos telefones: (81) 2119 4375, 2119 4376, e-mail: pesquisa_prac@unicap.br o qual encaminhará o procedimento necessário. Bem como essas reclamações podem ser dirigidas ao Comitê de Ética em Pesquisa do CESED que está localizado na Rua: Argemiro de Figueiredo, 1901, segundo andar, Itararé, telefone: (83) 2101 8857, e-mail: cep@cesed.br, funciona de segunda a sexta-feira das 08 as 12 hs e das 18 as 22 hs.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

Anexo IV

RELATO DE CASO INSERIDO NO TCLE - PACIENTE (01)

Aline tinha tido duas experiências com profissionais de psicologia, numa das quais o profissional interpretou que a sua sintomatologia se devia pelo fato de ser insatisfeita como dona de casa, o que provocou a desistência do tratamento. Se dizia incompreendida pela família com relação às fortes dores que associava às preocupações. Historicizava o surgimento da patologia a partir do trauma da perda de um filho, pela qual culpabilizava-se. Era-lhe comum ocupar-se “*para não se entregar*”, pois na sua casa, tudo dependia dela. Questionava o saber médico sobre a sua patologia, esse que não explicava os seus sintomas. Acreditava que as crises dolorosas não decorriam apenas de fatores emocionais e queria uma definição de sua patologia para saber sobre o seu futuro. Reconhecia-se cansada de lutar contra a doença. Queria saber de que lhe serviria o tratamento. Observava que somente tinha procurado o Setor de Psicologia por indicação médica, como parte do tratamento da patologia. Falava sobre as dificuldades pelas quais passava a sua mãe que frequentemente recorria a ela. Diante do chamado de sua mãe, tinha que atender, uma vez que a mãe só podia contar com ela, já que era fechada com relação ao marido (seu pai). Entrou em contato com a psicóloga para que atendesse a um parente, mas a psicóloga indicou uma colega, alegando questões éticas. Desde então, Aline não mais compareceu às sessões.

Anexo V

RELATO DE CASO INSERIDO NO TCLE - PACIENTE (02)

Sônia queixava-se de dores por todo o corpo que a impossibilitavam de ficar de pé. Relacionava os sintomas da patologia ao fator emocional, referindo-se à insuportabilidade do adultério do seu marido, motivo pelo qual deixara de trabalhar. Questionava o que a mantinha nessa relação, pois sempre fora “*o homem durante o dia e a mulher durante a noite*”, pois havia uma sobrecarga de muita responsabilidade de sua parte, com relação a sua família. Casou-se muito jovem e logo que seu pai falecera. Encontrou apoio no marido e achava que num relacionamento era preciso “*aguentar tudo*”. Relatava que a sua mãe necessitava de um acompanhamento psicológico devido ter no alcoolismo, um “*refúgio*”. Contava que a sua mãe a deixou com os irmãos no mesmo período do seu casamento, para ir viver com um homem. Falava de uma mãe “*mandona*” que costumava contar-lhe os seus problemas. Suspeitava que a mãe sentia-se só e demonstrava o interesse dela fazer um tratamento assim como ela própria estava fazendo. Em seguida, Sônia não mais compareceu às sessões.

Anexo VI

RELATO DE CASO INSERIDO NO TCLE - PACIENTE (04)

O esposo de Ângela foi quem mediou o seu contato com o Setor de Psicologia. Ela sentia dores constantes por todo o corpo e dificuldades para se locomover. Já havia tido contato anterior com um profissional de psicologia que lhe indicara um psicólogo especialista em dor, pois deveria aprender a lidar com a dor, já que não havia cura para o que sentia. Dizia que o psicológico estava afetado e respondendo mal, apesar das melhoras no âmbito corporal. Contava que sofreu diversos crimes militares ao adentrar numa corporação, diante dos quais não reagiu, machucando-se. Relatava que além dos danos físicos, teve um sonho frustrado, que era o de seguir a mesma profissão do seu pai e ser salva-vidas para ajudar as pessoas, profissão que somente um soldado poderia exercer. Queria mostrar que não tinha que dar satisfação na corporação, o que achava que exacerbou os seus castigos por parte dos oficiais. Não sabia se eram “*manha*” as dores que sentia quando passava pelos testes. Acreditava que os oficiais e os médicos estavam a par do que ela poderia fazer ou não, com relação ao seu corpo. Considerava o mundo militar como incomparável ao mundo real, pois os superiores estavam para ordenar e os soldados para obedecer. Por ser uma das únicas mulheres, percebia ser tratada diferente, sendo mais visada. Diante da dor, dizia que gostava que a fisioterapeuta estivesse colada a ela para lhe socorrer e explicava as suas dores crônicas com o diagnóstico de fibromialgia. Dizia que não estava acostumada a depender dos outros, pois geralmente era ela quem ajudava as pessoas. Falava da sua aptidão em ajudar os outros, agradá-los, vendo o que o outro precisava. Contava do abandono que sofreu por parte de alguns profissionais que lhe disseram que seus sintomas eram psicológicos, contrariando o seu diagnóstico. Em seguida, Ângela não mais compareceu às sessões.

Anexo VII

RELATO DE CASO INSERIDO NO TCLE - PACIENTE (05)

Cinara apresentava medo de morrer, de ficar só, pânico que lhe impedia de sair de casa. Já havia feito sete cirurgias e tinha medo de precisar dos outros. Sua mãe a deixara ainda quando bebê, com o seu pai que era doente, o qual chegou a suicidar-se na juventude de Cinara. Tanto o pai como ela, foram adotados por uma mulher solteira, conhecida por ser caridosa com todos. Falava da diferença no tratamento de sua mãe biológica para com ela, que recorria a Cinara para ter as próprias necessidades atendidas. Sentia-se carente e reconhecia no olhar da psicóloga, “*carinho e segurança*” desde o primeiro momento em que a viu, o que a certificava de que seria curada. Queria mostrar ao marido que era mais independente, que não precisava dele, pois ainda não havia se separado por não sentir-se preparada psicologicamente, solicitando que a psicóloga a ajudasse nesse sentido. Casou quando a sua mãe adotiva faleceu, quem era “*tudo*” para ela, e seu marido passou a ocupar esse lugar que era de sua mãe adotiva, evitando até de brigar com ele. Dizia-se sempre bondosa nas suas relações, para agradar. Passava a apontar que não queria sair com o marido, pois sentia mágoa das vezes que ele a impedia de sair com ele. Recordava da mãe adotiva como aquela que dava tudo, não negava a quem pedisse, contrapondo à secura da mãe biológica que a deixou para ir viver com um homem. Falava que sentia ódio da mãe biológica e descontava tudo no marido, por quem nutria um amor “*doentio*”. Questionava-se sobre o porquê do abandono de sua mãe biológica, questão que dizia evitar, pois lhe causava muito sofrimento. Falava do seu medo de ter relações com o marido devido às cirurgias, até quando passou a não sentir mais nada por ele. Falava das dores corporais como um limite às atividades que não conseguia mais realizar sozinha. Falava de uma descalcificação óssea no fêmur e de uma dor insuportável, do medo de se abaixar, pois sentia como se fosse quebrar-se. Num certo momento, Cinara supôs adultério do seu marido e decidiu-se pela separação, já estava sentindo-se independente. Nunca teve filhos porque o marido não queria, chegando a impor-lhe um aborto. Cinara forjou que passaria por uma cirurgia de hérnia para realizar uma laqueadura. Era de seu costume ajudar as pessoas ao lembrar-se do que a sua mãe adotiva afirmava, pois “*o que era dela, era do outro*”. Falava de uma tendência a desenvolver hérnias por ter “*levado peso*” quando era pequena. Revelava o seu medo de cair, de perder uma parte do corpo. Falava da dor como um refúgio para não sair de casa. Realizou “*bloqueios cirúrgicos*” na tentativa de amenizá-las. Cinara dizia que suas dores não eram psicológicas, uma vez que, de fato, as sentia. Falava que

as pessoas pensavam que ela era “*de ferro*”, e incluía o seu marido nesse conjunto, reivindicando direitos iguais. Dizia não aguentar a sua rotina, pois era como se sempre precisasse estar sorrindo. Mas, quando estava com dores, não sorria. Percebia que as dores aumentavam quando sentia uma emoção forte. Fez a aplicação de novos “*bloqueios*” injetáveis para amenizar as dores insuportáveis. Quando estava com dores, sentia muitas saudades de sua mãe adotiva, que a ensinou que devia “*viver para dar e não para pedir*”. Falava de um excesso de trabalho e de uma desvalia que não era proporcional à todas as tarefas que realizava. Achava que se envolvia muito com o sofrimento dos outros e quando perdia alguém, lembrava-se da morte do pai, da dor que sentiu quando os familiares a puseram para vestir o corpo do seu pai morto, o que ela sentiu como uma “*violência*”. Nesse período, “*dormia agarrada*” com a sua mãe adotiva, que dizia que ela só sofreria após a morte da mesma. Após ter descoberto novas hérnias, Cinara não mais retornou ao Setor de Psicologia.