



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**ANDRESSA DA SILVA TEMÓTEO**

**ASPECTOS PSÍQUICOS DA SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA:  
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

**FORTALEZA**

**2023**

**ANDRESSA DA SILVA TEMÓTEO**

**ASPECTOS PSÍQUICOS DA SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA:  
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Christus (Unichristus), como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Darla Moreira Carneiro Leite.

**FORTALEZA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus  
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do  
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T278a Temóteo, Andressa.  
ASPECTOS PSÍQUICOS DA SÍNDROME DOLOROSA  
REGIONAL COMPLEXA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA /  
Andressa Temóteo. - 2023.  
37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Psicologia,  
Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Ma. Darla Moreira Carneiro Leite.

1. Psicanalise. 2. Psicologia em saúde. 3. Psicologia Hospitalar.  
4. Saúde Coletiva. 5. Síndrome Dolorosa Regional Complexa. I.  
Título.

CDD 150

ANDRESSA DA SILVA TEMÓTEO

ASPECTOS PSÍQUICOS DA SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA:  
UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao curso de Psicologia do  
Centro Universitário Christus (Unichristus),  
como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Darla Moreira Carneiro Leite.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Darla Moreira Carneiro Leite

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Me. Sâmara Gurgel Aguiar

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Esp. Antônia Mardejane Albuquerque Costa Faculdade

ViaSapiens (FVS)

## RESUMO

A Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIED) como sendo um distúrbio doloroso intenso e desproporcional aos achados clínicos do sujeito. Assim, a dor é decorrente de uma lesão, a qual é descrita como uma queimação que traz consigo alterações sensoriais, motoras e tróficas. A definição torna evidente que a descrição da síndrome prioriza aspectos biológicos e, concomitante a isso, deixa claro que não há base orgânica que justifique a dor. Desta forma, abre-se margem para algumas suposições, inclusive de ordem psíquica. Com efeito, embora a SDRC tenha seus estudos voltados ao corpo biológico e ao adoecimento físico, este trabalho a aborda a partir da perspectiva psicanalítica, tomando o corpo para além do somático. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo analisar nos pacientes com SDRC os aspectos psíquicos presentes nas narrativas sobre a dor, à luz da perspectiva psicanalítica. Para o alcance dos objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo de campo, de cunho exploratório e natureza qualitativa por meio de uma entrevista clínica com pacientes com a SDRC. Tal escuta foi realizada em um comitê de dor presente em um hospital de alta complexidade em Urgência e Emergência, de nível terciário de assistência à saúde. Através das entrevistas, foi realizada uma análise temática, na qual foi possível perceber quatro eixos em comum que atravessaram o discurso dos participantes da pesquisa. Dentre eles, foi percebida a necessidade de um trabalho de luto, compreendendo as mudanças advindas com o fenômeno da dor, as perdas de papéis sociais e as mudanças no estilo de vida. Além disso, foi notória a dificuldade de falar de si, evidenciando o adoecimento como algo capaz de paralisar o sujeito e impossibilitar a nomeação do afeto vivido, o investimento libidinal do adoecimento e o desinvestimento em outras relações de amor e, por fim, a ausência do reconhecimento do outro como potencializadora do sofrimento e a dor como forma de manter laços. Conclui-se que as pacientes trazem em suas narrativas aspectos relacionados ao sofrimento psíquico, o qual está presente devido ao desenvolvimento da síndrome, como também aspectos de sua história que podem ter potencializado a experiência de dor ou auxiliado para o seu enfrentamento. Os achados são importantes para poder direcionar os cuidados multidisciplinares para a dor e avançar em pesquisa para ampliar os conhecimentos na área.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Psicologia em saúde. Psicologia Hospitalar. Saúde Coletiva. Síndrome Dolorosa Regional Complexa.

ANDRESSA DA SILVA TEMÓTEO

## ABSTRACT

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) was defined by the International Association for the Study of Pain (IASP) as an intense painful disorder, which is disproportionate to the subject's clinical findings. Thus, this kind of pain results from an injury, which is described as a burning sensation that brings sensory, motor and trophic alterations. The definition makes it clear that the description of the syndrome prioritizes biological aspects and, at the same time, highlights that there is no organic basis that justifies the pain. In this way, room is opened for some assumptions, including those of a psychic nature. Indeed, although CRPS has its studies focused on the biological body and physical illness, this study intends to approach it from the psychoanalytic perspective, taking the body beyond the somatic. Thus, the research aims to analyze in patients with CRPS the psychic aspects present in the narratives about pain, in the light of the psychoanalytic perspective. In order to reach the research objectives, a field study of an exploratory and qualitative nature was carried out through a clinical interview with patients with CRPS. Listening to these patients was carried out in a pain committee present in a hospital of high complexity in Urgency and Emergency, of tertiary level of health care. Through the interviews, a thematic analysis was carried out in which it was possible to perceive four common themes that crossed the discourse of the research participants. Among the themes, the need for mourning work was perceived, including the changes resulting from the phenomenon of pain, the loss of social roles and changes in lifestyle. In addition, the difficulty of talking about oneself was perceived, showing the illness as something capable of paralyzing the subject and making it impossible to name the affection experienced, the libidinal investment of the illness and the disinvestment in other love relationships and, finally, the absence the recognition of the other as a potential for suffering and pain as a way of maintaining bonds. It is concluded that the patients bring in their narratives aspects related to psychic suffering, which is present due to the development of the syndrome, as well as emotional aspects that already conditioned their way of experiencing the contingencies of life and that, with the presence of the syndrome, these aspects may have enhanced the experience of pain or helped to cope with it. The findings are important to be able to guide multidisciplinary care for pain and advance in research to expand knowledge in the area.

**Keywords:** Psychoanalysis. Health Psychology. Hospital Psychology. Public Health.  
Complex Regional Pain Syndrome.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
2.1 Delineamento do estudo.....	12
2.2 Cenário.....	12
2.3 Participantes e critérios de inclusão e exclusão.....	13
2.4 Instrumento de coleta de dados.....	13
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
3.1 O trabalho de elaboração de luto.....	16
3.2 A dificuldade de falar para si.....	20
3.3 Investimento na dor e desinvestimento no mundo.....	26
3.4 A ausência do reconhecimento do outro e a dor como forma de manter laços.....	28
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>6 APÊNDICE.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se propõe a investigar os aspectos psíquicos presentes na Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) e, neste intento, serão usados os pressupostos psicanalíticos como aporte teórico. O interesse por esse assunto surgiu a partir da experiência da pesquisadora como extensionista no projeto de acompanhamento psicológico de orientação psicanalítica ao sujeito em sofrimento psíquico no contexto hospitalar. Tal vivência ocorreu no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em 2022, um equipamento de alta complexidade de assistência terciária, referência nas áreas cardiopulmonar e pneumologia.

Durante esse período, foi possível apropriar-se da atuação em psicologia hospitalar e, junto a isso, perceber na prática como o processo de adoecimento é acompanhado de expressões da subjetividade, tendo em vista que a enfermidade não se restringe àquilo que é de ordem biológica, mas tem aspectos multifacetados, pois envolve questões psicológicas, culturais e espirituais (SIMONETTI, 2018). Foi ainda no projeto, ao atender pacientes que traziam em seus relatos a dor física como fator de sofrimento para além dessa dimensão, alcançando também aspectos psíquicos, que o interesse por essa temática se firmou.

A Síndrome Dolorosa Regional Complexa é definida pela Associação Internacional Para o Estudo da Dor como uma dor crônica e pós-traumática, tendo como principal sintoma a dor intensa e desproporcional aos achados físicos do sujeito (DESANTANA, et al., 2020). Freud trabalha em alguns artigos sobre a temática da dor sem se aprofundar na temática. No entanto, no manuscrito “Projeto para uma Psicologia Científica”, ele deixa claro sua tentativa de descrever o aparelho psíquico, no qual a dor pôde ser descrita como uma invasão desproporcional de energia que acarreta um desequilíbrio no aparelho psíquico (FREUD, 1895/1996). Corroborando a percepção freudiana, por sua vez, Garcia-Roza (2008) descreve a dor semelhante ao que Freud fez no Projeto, como uma desorganização do aparelho psíquico.

Pacheco, Matos e Abadesso (2016) afirmam que não se mostram claros quais são os fatores psicológicos associados neste quadro clínico, pois o que há são suposições de que existe uma relação, ainda que imprecisa, entre ansiedade e depressão, frente às repercussões pessoais e sociais que a síndrome pode causar

na vida do sujeito. Entre essas repercussões, está a possível perda de autonomia e a limitação física que podem repercutir na qualidade de vida. Mediante a isso, apesar da fisiopatologia ser incerta e pouco clara, tem se defendido o tratamento multidisciplinar, dada a complexidade da síndrome (RITO; SOUZA, 2010).

Diante do exposto, percebe-se que, dentre os artigos coletados, há correlação entre os fatores psíquicos e a síndrome. Entretanto, nenhum deles se volta para o aprofundamento desses aspectos e de que forma eles se relacionam com a dor física. Sabendo disto, foi formulada a seguinte pergunta de partida: quais aspectos psíquicos poderiam estar associados à Síndrome Dolorosa Regional Complexa?

Os resultados obtidos foram expostos em quatro temáticas, as quais atravessaram os discursos dos pacientes entrevistados. A escolha por essa categorização se deu mediante à leitura e análise dos discursos coletados. Era esperado, frente aos estudos da temática, que as pacientes narrassem a respeito da sua dor física, relacionando-a a experiências traumáticas e atravessamentos psíquicos anteriores ou decorrentes da sua dor. Foi percebido que a experiência da dor percorreu temáticas, como a do luto, a dificuldade de falar de si e as diversas formas de laços sociais que se apoiam no adoecimento.

A pesquisa se efetivou com a justificativa de que, mesmo com a presença contínua dessa síndrome nos serviços de dor, percebeu-se como incipiente o material científico envolvendo os aspectos emocionais levando a SDRC, o que torna ainda mais complexo o processo diagnóstico e de tratamento. Desta forma, os frutos dessa pesquisa devem contribuir teoricamente ao processo de tratamento, recuperação e reabilitação desses pacientes.

Dos resultados alcançados ainda é possível oferecer informações que sirvam de suporte para os profissionais envolvidos nesse processo, os quais, em sua maioria, percebem-se limitados frente ao quadro clínico dos sujeitos acometidos por essa síndrome.

Deste modo, este estudo visa corroborar o desenvolvimento de manejos terapêuticos, evidenciando os aspectos emocionais envolvidos na síndrome e as repercussões da dor na vida do sujeito. Com isso, pretende-se, igualmente, contribuir com a criação e o desenvolvimento de dispositivos clínicos para profissionais que trabalham no âmbito da dor, em Psicologia Hospitalar e fomentar a

clínica psicanalítica na condição de psicanálise em extensão.

Além do que foi exposto, atenta-se para a necessidade de contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas para as demandas sociais presentes nessa seara, uma vez que ela é composta por um público jovem que necessita se ausentar de suas atividades laborais e, por isso, podem buscar auxílio previdenciário. Devido às justificativas acima, tornou-se relevante essa pesquisa, uma vez que amplia o conhecimento no campo da Psicologia da Saúde e da Saúde Coletiva sobre SDRC.

Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo analisar os aspectos psíquicos da Síndrome Dolorosa Regional Complexa presentes nas narrativas de pacientes sobre a dor à luz da perspectiva psicanalítica.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 Delineamento do estudo**

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo de campo, de cunho exploratório e natureza qualitativa. De acordo com Gil (2002), esse tipo de pesquisa exige do pesquisador uma relação direta entre o campo e o objeto a ser estudado, utilizando-se do discurso para a investigação de forma integral e aprofundada, mediante o objetivo da investigação. A pesquisa exploratória ocorre a partir da análise de um fenômeno ou evento ainda pouco explorado, visando torná-lo explícito e, mediante a isso, construir hipóteses sobre a temática.

Minayo (2014) diz que a pesquisa qualitativa é o método mais adequado aplicado à análise de relações, sujeitos e grupos sociais. Dessa forma, foi utilizada a pesquisa qualitativa, tendo como finalidade a compreensão das experiências de cada paciente, partindo do pressuposto que o relato é carregado de subjetividade a partir de suas próprias percepções construídas ao longo da vida.

Partindo do pressuposto que, para a psicanálise, pesquisa e clínica coincidem, este tipo de método não só busca a obtenção de dados, como também age de forma interventiva. Isso ocorre tendo em vista que, a partir daquilo que é indagado no momento do encontro com os sujeitos pesquisados, por meio da fala deles, é possível o florescimento da associação livre, no sentido de que pode haver um efeito terapêutico daquilo que está sendo colocado como causa e que pode ser causador de sofrimento para eles (FERREIRA, 2018).

Por sua vez, Figueiredo e Minerbo (2006) refletem sobre uma tríade formada por pesquisa, atuação e teoria, as quais se mantêm interligadas. Sobre esta perspectiva, Ferreira (2018, p. 137) afirma, a respeito da pesquisa e intervenção: “há, sim, uma preocupação em ‘provocar a elaboração’ abrir espaço de palavra, fazer falar, ajudar cada participante escutar o que se diz no dito, acolher a introdução de novas questões pertinentes ao tema de investigação”.

### **2.2 Cenário**

Com relação ao presente artigo, a pesquisa foi realizada na Comissão de Tratamento de Dor (CTDOR), localizada em um hospital de alta complexidade em

urgência e emergência. A atuação do referido hospital se dá desde 1936, descrito como de assistência terciária, destinado a traumas de alta complexidade. Localiza-se na Rede Municipal de Fortaleza, sendo uma instituição de pesquisa, ensino e norteadora de políticas públicas formada por uma equipe multidisciplinar.

O comitê de tratamento de dor foi instituído em 2006, tendo como fundadores dois médicos anesthesiologistas. Até o momento de realização deste estudo, a equipe é constituída de forma multiprofissional por anestesistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos. O tratamento é voltado para pacientes que possuem diagnóstico de dores agudas e crônicas, sendo respectivamente a primeira assistida nas enfermarias e a segunda de forma ambulatorial.

### **2.3 Participantes e critérios de inclusão e exclusão**

Os participantes da pesquisa foram, no total, 07 pacientes ambulatoriais assistidos pelo CTDOR por diagnóstico da Síndrome Dolorosa Regional Complexa, com idades entre 21 e 62 anos. Os critérios de inclusão utilizados foram 1) pacientes devidamente diagnosticados com a Síndrome Dolorosa Regional Complexa, 2) sem distinção de gênero, 3) com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão são: 1) pacientes que se mostraram, no momento da coleta, com intenso sofrimento psíquico, o que inviabilizou a fala. O recrutamento dos participantes ocorreu por indicação a ser feita pela equipe multiprofissional responsável pelo setor, a partir dos critérios de inclusão.

Dos pacientes entrevistados, temos a participação de 6 mulheres e apenas 1 homem. A seguir, farei uma breve apresentação dos pacientes atendidos, juntamente com suas respectivas histórias de vida.

Dália, de 54 anos, mora com sua filha. Sua lesão foi resultado de um acidente de trânsito que ocorreu em 2014. Ela mencionou que, após o acidente, a dor persistiu e notou-se que ela estava frequentemente chorosa e deprimida.

Hortênsia, de 41 anos, mora com sua irmã. Sua lesão foi causada por uma torção no pé ao descer do carro, no ano de 2020. Atualmente, a paciente utiliza as redes sociais como forma de se conectar com outras pessoas em todo o Brasil que compartilham do mesmo diagnóstico, buscando apoio e troca de experiências.

Camélia, de 52 anos, mora com seu filho. Sua lesão ocorreu devido a uma queda em 2021. A paciente relata diversas limitações impostas pelo fenômeno da dor, o que a levou a ter pensamentos suicidas. Ela encontrou conforto e uma maneira de lidar com o sofrimento por meio de seus animais de estimação.

Magnólia, de 58 anos, mora sozinha, mas possui uma família próxima. Sua lesão é resultado de um acidente de trânsito ocorrido em 2020. Ela relata uma história de vida marcada por sofrimento. No entanto, encontrou no artesanato uma forma de lidar com a dor.

Lírio, de 51 anos, mora com sua esposa e filhos. Sua lesão foi causada por uma bala perdida em 2015. Antes do incidente, ele trabalhava como eletricitista, mas tornou-se impossibilitado de continuar exercendo a profissão devido ao diagnóstico. Atualmente, Lírio faz uso de medicamentos psiquiátricos, pois frequentemente se percebe deprimido.

Jasmine, 62 anos, mora com a filha e o marido. Sua lesão teve origem em um acidente de trânsito em 2013. Trabalha de costureira mas não pode dar continuidade a atividade após a lesão. Narra histórico de tentativas de suicídio após o acidente.

Por fim, temos a paciente Yris, de 21 anos, que mora com sua mãe e sobrinho. Sua lesão ocorreu devido a uma queda em 2021. Yris relata que tinha o sonho de se tornar médica, mas acredita que isso não seja mais possível após o diagnóstico de dor. Além disso, compartilhou que enfrenta uma dinâmica familiar conflituosa em seu lar.

## **2.4 Instrumento de coleta de dados**

A pesquisa teve como principal instrumento a entrevista clínica, associada a uma escuta atenta. Através da entrevista foi propiciado um espaço de fala, fundamentado pela associação livre. Na entrevista clínica, embora tenha o pesquisador como ponto de partida, não é ele quem define a pesquisa pelo seu saber, e sim ela é definida a partir da palavra do sujeito (FERREIRA; VORCARO, 2018).

A entrevista clínica tem como objetivo ir além da mera obtenção de informações, de forma que o sujeito, ao falar, tem a oportunidade de se ouvir, de afetar e ser afetado e, mediante a isso, se reposicionar naquilo que se queixa (FERREIRA, 2018). O encontro foi norteado por algumas perguntas, com o objetivo de captar a compreensão dos participantes a respeito da temática. Desse modo, as perguntas contemplaram questões como idade, escolaridade, se o paciente fazia acompanhamento psiquiátrico, diagnóstico e ferramentas para lidar com a dor.

Dando continuidade a etapa para coleta de dados, os pacientes foram comunicados sobre os aspectos éticos da pesquisa e de que serão assegurados quanto ao bem-estar e dignidade, o sigilo e o anonimato, a partir do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram seguidas as recomendações dispostas nas Resoluções 466 (BRASIL, 2012) e 510 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, garantindo as informações sobre a pesquisa, a confidencialidade das informações pessoais, isenção de custos e o direito de desistência a qualquer momento. No que se refere a Certificação de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), o número gerado é: 66216722.60000.5047.

As entrevistas foram conduzidas de forma ambulatorial, aproveitando o tempo de espera dos pacientes que estavam no hospital para suas consultas médicas trimestrais. A médica responsável pelo atendimento no ambulatório da dor informava a pesquisadora sobre os pacientes com o diagnóstico apropriado, a pesquisadora buscava esses pacientes, explicava a natureza da pesquisa e os convidava a participar. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas durante esse período de espera, antes que os pacientes fossem chamados para suas consultas médicas.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As etapas dispostas no método foram cumpridas a rigor. Através das entrevistas, foi realizada uma análise temática, na qual foi possível perceber quatro cadeias narrativas que atravessam o discurso dos participantes da pesquisa. Visando garantir o sigilo, foram usados nomes de flores para representar cada um dos entrevistados.

Antes de iniciar as discussões, torna-se necessário compreender a relação existente entre dor e subjetividade. Miceli (2002) afirma que a dor foi algo estudado tardiamente e isso se justifica pela forma como ela foi concebida no decorrer da história. Isto porque a dor era vista como algo de caráter lendário, espiritual ou até como um sofrimento necessário que conduziria o sujeito à purificação e à libertação. Sobre isso, embora a autora aponte que essa concepção fez parte de um período histórico anterior, no decorrer das narrativas das pacientes entrevistadas, é possível perceber que a perspectiva da dor como algo que deve ser vivido e aceito como parte da vontade divina, na década de 2020, ainda é presente nos discursos dos pacientes.

Atualmente, a dor está sendo conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) com uma atualização da definição, na qual é descrita como "experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a uma lesão real ou potencial dos tecidos" (DESANTANA, et al, 2020, pp. 197-198). Dessa maneira, esse conceito é reconhecidamente um avanço na compreensão e tratamento da dor, pois válida a dimensão subjetiva que interfere no processo doloroso.

A fim de obter um melhor entendimento, é válido ressaltar que, para Nasio (2008), não há diferença entre dor física e psíquica, portanto, entende-se a dor como um fenômeno que ocorre no limite entre o corpo e a psique. Em sua concepção, a dor corporal é compreendida como um corpo ferido, enquanto a dor psíquica corrobora o que Freud traz em sua obra, entendida como um objeto de amor perdido, objeto esse representado por uma pessoa, um valor ou uma coisa e que termina por gerar também dor.

Ainda no que diz respeito à dor, Leite e Teixeira (2022) ressaltam que, ainda para Nasio, a dor não está inserida na concepção psicanalítica de prazer e desprazer. Isso porque o prazer é descrito como um curso de energia constante, enquanto o desprazer é tido como um curso de energia inconstante e acelerado. Na dor, não há um padrão quanto à constância ou inconstância desse fluxo de energia; o que ocorre é um curso de energia em excesso, intenso e fora do controle.

Para finalizar essa breve apresentação da temática, ressalta-se que alguns autores psicanalíticos, ao abordarem a relação entre psicanálise e o tempo vivido, citam a importância de o analista perceber as atualizações dos sintomas frente às singularidades do seu tempo. Sobre isso, Lacan (1966, p. 321) diz “que renuncie a ela, então, aquele que não pode alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época”. O que significa dizer que renuncie à psicanálise aquele que não se atualiza quanto aos sintomas de cada época. É nesse sentido que esta pesquisa se propôs a colocar a psicanálise: a dialogar com o fenômeno da dor e poder lançar um olhar mais apurado sobre a dimensão psíquica presente na dor.

Aborda-se, a seguir, o fenômeno da dor crônica como expressão do sofrimento através do corpo. Junto a isso, apontam-se quais temáticas atravessam essa experiência, mediante à escuta de pacientes acometidos pela síndrome eleita como objeto de estudo (SANTOS; PERES, 2016).

### **3.1 O trabalho de elaboração do luto**

Durante as entrevistas realizadas, foi percebida a perspectiva do luto como temática presente de forma enfática nos discursos das pacientes entrevistadas. De acordo com a autora Moretto (2013), a experiência do adoecimento possibilita consolidar um marco na vida do sujeito adoecido, tendo em vista que é por meio dessa experiência que esse é capaz de se perceber como finito e de entrar em contato com os limites do seu corpo e com as mais diversas formas de fragilidade, ou seja, físicas, psíquicas e sociais.

A literatura aponta que, quando um paciente é acometido por dor crônica, ele deve passar por mudanças no seu estilo de vida, podendo ser necessário abandonar o emprego, suas atividades de lazer e de âmbito social (MAZARO; MARTÍN, 2005). Isso exige do paciente um trabalho psíquico de luto, às vezes difícil de ser elaborado

e reconhecido por familiares e amigos. Neste sentido, o trabalho subjetivo de luto pode se tornar um caminho que, ao invés de abrir possibilidades de saídas criativas para lidar com a dor, causam constrangimento, culpa e vergonha pela sua impossibilidade de ser tocado.

Os achados na literatura são corroborados pela realidade, visto que, quando perguntado a respeito das mudanças advindas com o fenômeno da dor, a paciente Hortênsia cita:

*“Ai, mudou muita coisa. É difícil você ter uma vida todinha pela frente e ver ela parar, a minha praticamente parou, eu não posso ficar muito tempo sentada, não posso ficar muito tempo em pé. Eu trabalhava com costura e gerenciava uma empresa, sempre estive com muita gente e mudou muito. Hoje eu não faço nada, só fico deitada de perna pra cima.”*

Mediante a essa fala, é possível compreender que a perda da saúde do membro acometido pode gerar um trabalho subjetivo, o qual pode ser experienciado como um trabalho de luto. Dessa forma, esse luto presente em seus discursos pode estar relacionado a outras perdas, como, por exemplo, o papel social que ocupava e suas respectivas relações nesses ambientes.

Junto à fala anterior, a entrevistada Camélia, quando indagada a respeito das mudanças que ocorreram na sua vida, traz em seu discurso questões semelhantes à paciente anterior. *“Eu não posso mais trabalhar, perdi a vontade de viver. Eu não vou mentir pra ti, eu não tenho mais vontade de viver. Pra você tomar banho você depende de alguém, a pessoa vai se quiser, é horrível.”* Neste caso, além da paciente mencionar a perda da sua atividade laboral, há também outro elemento perdido: a sua autonomia e as estratégias de enfrentamento para lidar com essa perda, as quais se tornaram difíceis de serem utilizadas como antes.

Já a Dália se desorganiza psiquicamente ao narrar a respeito das mudanças vividas e responde: *“Ô mulher, mudou tanta coisa, antigamente eu trabalhava e agora eu não posso mais trabalhar. O que eu faço é muita pouca coisa, se for para fazer força e peso eu já não consigo, meu braço não tem força de nada, se for pra lavar uma panela eu já não consigo”*. Neste ponto, nota-se que foi tocado em algo que ainda é difícil para ela vivenciar.

Násio (1996), em sua obra “O livro da dor e do amor”, traz à tona a relação existente entre a dor e o luto, sendo ambos compreendidos como a perda de um

objeto amado. O que é possível perceber é que, mediante as falas das pacientes, o luto não se restringe à perda da funcionalidade do membro. Sobre isso é trazido à tona a seguinte citação:

Entretanto, seria falso acreditar que a dor psíquica é um sentimento exclusivamente provocado pela perda de um ser amado. Ela também pode ser dor de abandono, quando o amado nos retira subitamente o seu amor; de humilhação quando somos profundamente feridos no nosso amor-próprio; e dor de mutilação quando perdemos uma parte do nosso corpo. Todas essas dores são, em diversos graus, dores de amputação brutal de um objeto amado, ao qual estávamos tão intensa e permanentemente ligados que ele regulava a harmonia do nosso psiquismo. A dor só existe sobre um fundo de amor.' (NÁSIO. 1997, pág 18).

Para Freud (1914), o luto é descrito como a perda de um objeto de amor, seja esse objeto uma pessoa ou um ideal. Essa perda vem acompanhada de um profundo desinteresse ao mundo exterior, incapacidade de investir libidinalmente em outro objeto de amor e o afastamento de qualquer atividade que não aquela que se aproxime do objeto perdido. Dessa forma, havia um super investimento libidinal anterior naquele objeto, e ele não se modifica facilmente pela sua perda. Uma vez perdido, é exigido do sujeito um doloroso trabalho de desinvestimento (FREUD, 1914/1916). No que concerne à elaboração do luto, é necessário que exista um espaço de escuta, capaz de transformar o acontecimento em experiência. Considera-se aqui o termo acontecimento como o fato ocorrido e experiência como esse lugar subjetivo do adoecimento (MORETTO, 2013).

Retomando a fala de uma das participantes da pesquisa e relacionando com as acepções teóricas feitas anteriormente, a paciente Hortência comenta: "*Algumas pessoas me disseram pra eu amputar meu pé, se for pra amputar meu pé eu tiro minha vida. Eu vou viver sem um pedaço do meu corpo, é?*". Em consonância, a paciente Camélia relata: "*Todo mundo diz que eu vou ficar aleijada e que eu não vou conseguir mais movimentar a mão*". Torna-se evidente, nesses trechos, que há um investimento no membro adoecido que delimita um acometimento em um corpo que vai para além do biológico. Sobre esse investimento, Fernandes (2011), embasada pela teoria freudiana, cita o corpo como sendo a representação do psiquismo, constituído a partir de uma história de vida, repleto de significados, marcado por desejos inconscientes e perpassado pela linguagem.

Freud (1923/1996, p. 39), em seu texto “O eu e o isso”, menciona que “o ego é, antes de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio a projeção de uma superfície”. A importância dessa afirmação está em Freud relacionar o corpo aos primórdios da constituição psíquica do sujeito, revelando a importância dele. Em suma, a relevância do corpo para a psicanálise está tanto na sua contribuição à constituição psíquica do sujeito quanto na compreensão desse corpo para além da sua dimensão biológica, cabendo a ele também ser um corpo tomado em sua dimensão pulsional e fantasmática.

Ainda no que concerne a teoria de Nasio (2007), o autor afirma que não há segregação entre um afeto vivido e uma representação que se consolida no inconsciente, imediatamente ligada a esse afeto. Toma-se como afeto aquilo que comunica qualquer condição afetiva, é a manifestação qualitativa da energia pulsional (BRUNHARI. et al, 2021).

Em suma, a experiência da dor vivida por essas pacientes traz à tona uma reconfiguração da imagem corporal, alterada pelo adoecimento do membro acometido. Dessa forma, mostra-se necessário, também, um trabalho de luto psíquico, relacionado à imagem das mudanças demonstradas no próprio corpo.

No que se refere ao trabalho de elaboração do luto, a paciente Magnólia, ao ser questionada a respeito das mudanças a partir do diagnóstico, traz, em sua narrativa, uma mudança de lugar subjetivo, em que é perceptível que houve ali uma elaboração do luto, permitindo que ela voltasse a investir em outros objetos, como diz Freud (1917. p. 251): “Contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido”.

Nesta perspectiva, retira-se o seguinte trecho da fala da paciente:

*“Assim, o que melhorou muito na minha vida foi que eu passei a fazer coisas que eu gostaria de ter feito e não fiz. Eu deixei mais de procrastinar as coisas, né? Que a gente tem essa mania de fazer e nem percebe. Eu passei a fazer trabalhos manuais, até porque devido ao problema que eu tava soltando muitas coisas, quebrando, aí comecei a fazer trabalhos manuais. Escrevo todos os dias, caça-palavras, eu pinto com meus netos, assim, uma série de coisas que eu acho que eu consigo superar as coisas que eu sinto”.*

Isto pode levar à reflexão do que é possível fazer dentro do trabalho de luto, das diversas formas de se perceber no mundo com a doença e se reinventar

mediante isso. Concorde-se com Moretto (2013, p. 360) quando afirma que "o paciente precisa fazer o luto para poder ir à luta". Acredita-se que Magnólia fez esse movimento transformativo, de forma que, embora a dor ainda esteja presente em sua vida, essa não é a imperativa de maneira a impedir que sua história ocorra (MINATTI, 2012).

Ao mesmo passo em que há um sofrimento frente ao adoecimento e a percepção de finitude trazidas por esse, é também percebido, em alguns pacientes, que, frente a essa perspectiva, o sujeito é capaz de se reposicionar em sua história de vida. Nesses casos, pode ocorrer um investimento psíquico e apreço pela vida, como é o exemplo da paciente citada anteriormente. Sobre isso, a autora Moretto (2013) faz a seguinte colocação:

É como se o processo de luto fosse condição favorável à disposição para a luta, em condições inéditas, sem nenhuma garantia de vitória. Muitas vezes, é no auge do processo de elaboração do luto de um projeto de vida que alguém decide lutar pela vida que lhe é possível (MORETTO, 2013, p. 61).

Finaliza-se essa temática sobre a importância da possibilidade de realizar um trabalho de elaboração do luto diante das mudanças que advieram com o processo alérgico, na qual foi visto quais são temas recorrentes em falas de pacientes. Acrescento que o trabalho de elaboração do luto é um processo contínuo, tendo em vista que não há elaboração definitiva. O luto remete à falta e, para contorná-la, nos utilizamos da linguagem. Contudo, ela também é limitada, pois o encontro com o real é inevitável. Contudo, ela também é limitada, pois o encontro com o real é inevitável.

Dando continuidade, será visto na próxima temática que foi observada a dificuldade que as pacientes apresentavam em falar de si, levando à inferência de que essa dificuldade terminava por impedir o atravessamento de um processo de luto.

### **3.2 A dificuldade para falar de si**

Durante a realização das entrevistas, foi percebido um marcante desafio para alguns participantes de construir suas narrativas em relação ao sofrimento vivido.

Assim, convoca-se Freud (1919 b/1974), quando ele refere a invasão abrupta de energia como aquela que causa um sofrimento nunca sentido, capaz de impossibilitar a nomeação do afeto vivido. Nesta mesma linha de pensamento, cita-se Gaspard, Abelhauser, Doucet e Zanotti (2015), quando afirmam que a dor possui uma função subjetiva, e é mediante essa atribuição que pode ocorrer a sua cronificação. Será, então, que para o sujeito, ao não conseguir colocar em palavras o seu sofrimento, o corpo pode ser essa via de comunicação do sofrimento vivido? Vale lembrar que em "O Mal-estar na Civilização", Freud (1930/1996e) já apontava o corpo como uma das fontes de mal-estar para o homem.

Junto a isso, Santos e Peres (2016) fomentam que a dor não deve ser vista como um sintoma que carece ser suprimido, mas que é através do corpo e da sua dor contida nele que esse sujeito se expressa. Destarte, os autores ressaltam que a dor deve ser convertida por meio da fala e através da busca dos recursos psíquicos entender a relação que o sujeito designa com seu processo álgico. A partir das falas das participantes, parece que esse trabalho subjetivo não estava sendo possível ser realizado.

É neste sentido que autores já vêm abordando sobre essa questão, assegurando que, em alguns processos álgicos, é perceptível a dificuldade dos pacientes se utilizarem dos recursos simbólicos para lidar com o sofrimento, sendo atribuída ao corpo essa expressão que não constitui outras formas de representações (MINATTI, 2012). Essa dificuldade pode ser explicada tanto pela impossibilidade de entrar em contato com os afetos envolvidos com o sofrimento quanto pela ausência de um espaço de escuta acolhedor e transformativo em seus respectivos laços sociais, mesmo que exista o desejo de fala (SANTOS e PERES, 2016).

Como elegeu-se trabalhar com o aspecto do sofrimento psíquico, torna-se importante poder defini-lo. De acordo com Dunker (2016), deve-se entender o sofrimento como uma patologia do reconhecimento.

Sufrimento não é sintoma, e sintoma não é mal-estar. Há sintomas que parecem absolutamente imunes ao sofrimento, ou melhor, que produzem sofrimento real apenas aos que nos cercam. Mas aqui é preciso localizar uma forma específica de patologia do reconhecimento, que se caracteriza pela indiferença ao sofrimento que causamos aos demais. Por outro lado, há formas de sofrimento que parecem continuamente à espreita de um nome que enfim as capturará. (DUNKER, 2015, p. 188).

Sobre as acepções teóricas realizadas acima, a paciente Dália, ao ser questionada quanto ao seu processo de diagnóstico, relata:

*“É, o exame acusou que eu tenho essa síndrome. Parece que o nervo que quebra, sei lá, então..daí pra cá..pronto, respondi.” Em outro momento, quando perguntado a respeito das suas atividades laborais, temática que a atravessava de forma significativa, a paciente comenta enquanto chora intensamente: “..depois que eu sofri esse acidente não trabalhei mais não. Eu não gosto de falar muito não. Eu sei que não sou só eu que sofro disso, aí peguei essa depressão..(silêncio) eu sei que é a vida, preciso esquecer e me conformar.”*

É possível perceber que a paciente possuía um desejo de fala e de relatar o que aconteceu desde o seu diagnóstico, mas interrompe a construção da narrativa várias vezes durante a entrevista. A hipótese aqui construída é de que alguns pacientes não estão conseguindo se utilizar dos seus recursos simbólicos para falar de si e poder nomear os afetos advindos da dor, e isto tem seus efeitos, pois “daquilo que, não inscrito no simbólico, retorna no real” (DUNKER, 2015, p. 215). No caso dessa temática, o real pode está comparecendo no corpo pela via da dor.

Em um momento da entrevista, Hortência, ao ser questionada sobre como era para ela lidar com tantas mudanças de vida ocasionadas pelo adoecimento, responde: *“É...(se mantém em silêncio por um tempo) pra te falar a verdade eu não sei nem te dizer, sei nem te explicar.”* Nessa frase, mais uma vez, percebe-se a dificuldade de nomear afetos, e, neste sentido, a dor não encontra um espaço para ser nomeada, tocada e elaborada.

Pereira et al. (2019) estabelecem a dor física como algo que pode simbolizar uma fragilidade psíquica, na qual o sujeito não é capaz de elaborar tamanho afeto sentido e se utiliza da dor física como uma forma de dar conta da dor psíquica. Em sintonia com a teoria, a entrevistada Camélia cita:

*“Você tem uma coisa ali, guardada há anos e não tem com quem desabafar com ninguém.”* Através desse trecho de sua fala, é percebido que há o desejo de fala, mas que a paciente não encontrou espaço para isso. A esse respeito, a autora Minatti (2012) pontua que é mediante a nomeação do afeto vivido que o sujeito pode se posicionar nas suas relações, dando conta do seu mal-estar que anteriormente se utilizava do corpo como expressão do sofrimento.

Ainda sobre a relação com o silêncio, o paciente que será chamado aqui de Lírio, quando questionado a respeito das mudanças sofridas em sua vida comentou:

*“Eu fico meio assim pesado, chateado mas não posso ficar assim não, né?”.*

Para Barreto (1995, p.21), a dor é tomada como “uma mudez desesperada”. É mediante essa afirmação que o autor se propõe a compreender o fenômeno doloroso como da ordem do indizível, capaz de provocar a completa paralisia ao sujeito que não compreende a origem e a motivação de sua dor. É esse mutismo que impossibilita a inscrição simbólica, fazendo com que retorne ao real do corpo, na qual permanece de forma contínua, compreendendo que a forma de manifestação do sofrimento que não se dá por seus significantes, é expressa pelo corpo, se tornando assignificante (MARBLÉ, 2011).

Saliente-se, ainda, que a paciente Magnólia, ao discorrer sobre como se sentia em relação à sua dor, comenta: *“Mas assim, aí você tem que ter acompanhamento, tem que ter alguém pra conversar... (silêncio) porque é muito complicado, muito complicado, sabe?. (choro)”*. O que seria complicado para essa participante? Mais uma vez, nota-se aqui a dificuldade de poder pôr em palavras o que sente e entrar em contato com o que toca cada um em sua dor. Falar de si? É nesse momento que o choro vem, a fim de sinalizar algo que envolve o sofrimento psíquico que não é possível pôr em palavras. Para Freud, em seu “Projeto para uma psicologia científica” (1950/1996), disserta sobre o grito como um marco da linguagem e, após o grito, ocorre o choro. O choro emerge como forma de apelo ao outro, choro por ou para alguém.

Dessa forma, embora o choro seja visto comumente como um símbolo infantil e de fragilidade, para essa pesquisa, o choro deve ser compreendido como uma manifestação do afeto vivido, de forma que esse não deve ser barrado ou censurado (MORETTO, 2019).

Em sua obra “O Livro da dor e do amor” (1996, p. 12), Násio elucida que *“...sabemos que essa dor é a última muralha contra a loucura...”*. Essa passagem se torna interessante para a discussão, pois pode auxiliar a refletir a dor como esse desinvestimento no mundo, e a tendência do sujeito em se voltar inteiramente para dor como forma de poder lidar com o sofrimento. A dor pode ser uma forma do sujeito se colocar no mundo e manter um certo controle de si em meio a invasão pulsional, levando a essa sensação de loucura.

Mas por que caminhos as pulsões se tornam sentimentos vividos? O eu consegue perceber no fundo de si mesmo – no seio do Isso – e com uma extraordinária acuidade, as variações das pulsões internas, para

repercuti-las na superfície da consciência sob forma de afetos. Assim o eu é realmente um intérprete capaz de ler no interior a língua das pulsões e traduzi-la no exterior em língua dos sentimentos. ...Quando essas modulações são moderadas, elas se tornam conscientes como sentimentos de prazer e desprazer; e quando elas são extremas, tornam-se dor (NÁSIO, 1996, p. 21).

A fim de associar os dados obtidos com o que é proposto por Násio em sua obra, tece-se, a seguir, a fala da paciente Jasmim: *“A pessoa com dor a primeira coisa que ela perde é o juízo”*. Enquanto a paciente Yris, quando questionada sobre sua dor responde: *“É uma dor que atormenta a cabeça, que falta enlouquecer.”*

Essas falas vem ao encontro com o que o psicanalista supracitado ainda pontua sobre a dor como o último afeto, a última possibilidade encontrada pelo sujeito para lidar com seu sofrimento.

Por isso, Nasio (2007) compreende a dor como a ruína silenciosa do corpo, elucidando que as possibilidades de reter essa ruína se dão através do grito ou da palavra. O grito surge como uma tentativa rudimentar e inicial de elaboração, rompendo a petrificação causada pela dor, esse rompimento gera a descarga do excesso pulsional e surge como recurso de ligação entre inconsciente e consciente do indivíduo adoecido, para que, assim, seja possível a elaboração do excesso (FORTES; WINOGRAD; MEDEIROS, 2015).

A paciente Jasmine, enquanto narrava as mudanças vividas pelo seu adoecimento, fala: *“Eu vi minha vida parar e tudo acabou”*. Quando indagada sobre o que teria acabado, ela continuou, falando: *“O meu modo de vida, aquela mulher alegre..(silêncio). Até raramente para ela”*. Nesse momento, a paciente interrompe a frase e corrige: *“eu tomar um remédio pra dor era muito difícil”*. Foi percebido que, durante a sua narrativa de história de vida, a paciente refere a si mesma como uma outra pessoa, se utilizando da terceira pessoa: ela. Pode-se pensar que referir a si mesma em terceira pessoa pode ser uma forma de se aproximar do sofrimento, objetificando o seu lugar. Embora a objetificação do sofrimento permita que a entrevistada fale sobre ele, ainda não há uma implicação e, conseqüentemente, não ocorre uma mudança de lugar subjetivo. Neste momento, diante da falta de reconhecimento da dor, pode haver um aumento do potencial traumático da experiência dolorosa e, por vezes, um silenciamento subjetivo, cabendo ao sujeito

dar conta de sua dor em silêncio (BARRETO, 1995). Dessa forma, há um sujeito anterior e posterior ao processo de adoecimento (MORETTO, 2019). É possível conceber essa questão clínica como objeto de estudo capaz de impulsionar futuras pesquisas em que se deve se debruçar sobre as formas de narrar a dor e, mediante isso, refletir sobre dispositivos clínicos para essa escuta.

Por fim, a Camélia, ao entrar na sala, demonstrou expressões e postura de muita dor, contudo, foi percebido que, durante a sua entrevista, a paciente entra em contato com o seu mal-estar, narra a respeito das dificuldades da dor, de conflitos em sua dinâmica familiar e das perdas e mudanças na vida advindas com o fenômeno da dor. Ao final, é percebido, em um certo ponto da entrevista, que a paciente não continua a apresentar a postura de dor em que se manifestou no início da entrevista. Sobre isso ela relata: *“Mas é isso, ainda bem que eu encontrei um filho de Deus pra desabafar um pouco, alivia mais a angústia.”*

Mediante a isso, torna-se evidente que a constituição do que se denomina corporeidade se dá em conjunto à alteridade. É percebido, então, que as mudanças de lugares subjetivos também se dão mediante a escuta pelo outro, promovendo a travessia do acontecimento para a experiência, ou seja, a vivência subjetiva do fato. É através daquele que ouve que o falante se torna capaz de nomear os seus afetos e se utilizar da linguagem como reparadora do seu corpo segregado (MORETTO, 2019). Ainda indo ao encontro da teoria supracitada, a literatura afirma que é somente mediante a presença do outro que ouve, que esse grito é capaz de ser compreendido como significante, entendendo a relação de alteridade também como transformativa (FORTES; WINOGRAD; MEDEIROS, 2015).

Com efeito, foi percebido, em algumas das pacientes, uma dificuldade de falar livremente, tendo em vista que as perguntas abertas eram tidas como um desafio para a construção de suas narrativas. Na literatura, é comum se deparar com o termo “alexitimia” ao citarem esse grupo de pacientes que apresentam dificuldades em verbalizar o que sentem. O termo alexitimia foi sugerido por Sifneos, em 1967, durante os seus estudos de pacientes tidos como psicossomáticos. Do grego, alexitimia remete a ausência da palavra frente ao ânimo ou emoção. Em suma, são denominados alexitímicos aqueles sujeitos que apresentam marcantes dificuldades de dar palavra ao afeto vivido (TOMÉ; ROSÉ, 2011). Em contrapartida, alguns pacientes se utilizaram desse espaço de fala como um momento de

compartilhamento de angústias e até de segredos, tendo como resultante um alívio psíquico imediato.

É nesta perspectiva que sobressai a importância da construção de um espaço de escuta e, por isso, de fala, para que o paciente possa contar de si e dos efeitos da dor em sua vida, a fim de que possa poder encontrar ferramentas simbólicas para lidar com as adversidades a que a dor impõe.

### 3.3 Investimento na dor e desinvestimento no mundo

O que se percebe, por meio das falas das participantes, é que esse processo algésico que acomete o sujeito faz também com que eles percam o entusiasmo pelas coisas que acontecem para além dele, tendo como único foco o seu processo doloroso e padecimento do corpo, dificultando a saída dessa condição de dor, tendo em vista que continua investindo libidinalmente no seu sofrimento corporal (FORTES, WINOGRAD; MEDEIROS, 2015). Foi o que relatou Jasmine:

*“A gente não tem vontade de comer, a gente não tem vontade de tomar banho, você não tem vontade é de nada. Se você deixar você morre, você perde a vontade de viver. E eu já perdi a minha”.*

A esse respeito, Freud, em sua obra “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/1996) se utiliza da metáfora da dor de dente para elucidar a experiência da dor, sobre isso ele cita: “concentrada está a sua alma no estreito ofício do molar” (FREUD, 1914/1996, p. 89). Através dessa analogia, Freud se propõe a esclarecer o desinvestimento libidinal que acomete o sujeito em sofrimento, de forma que toda a sua energia se volta para o seu processo doloroso e o impede de investir em outros objetos de amor. Em suma, afirma que a dor se mantém ou se extingue perante a atenção que o sujeito dá para ela, enfatizando o estado psíquico como agente de conservação ou de cura para a dor.

Esse processo algésico que acomete o sujeito faz, também, com que ele perca o entusiasmo pelas coisas que acontecem para além dele, tendo como único foco o seu processo doloroso e padecimento, dificultando a saída dessa condição de dor, tendo em vista que continua investindo libidinalmente no seu sofrimento corporal.

Encontra-se, ainda em Freud (1914/1996g, p. 89), uma referência a esse desinvestimento libidinal quando o sujeito está tomado pela dor. Neste sentido, Freud relaciona a experiência da dor e da doença orgânica ao narcisismo. Observa-se como fala Freud acerca da influência que exerce uma doença orgânica sobre a forma que a libido se distribui:

É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. A banalidade desse fato não justifica que deixemos de traduzi-los nos termos de teoria da libido. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera.

Hortência, quando solicitada a falar sobre como se sentia em relação ao seu adoecimento, responde: *“Nada, nada me passa pela minha cabeça a não ser a doença”*. No momento dessa fala, a paciente demonstra querer se emocionar ao marejar os olhos, mas se mantém firme e finaliza a frase de forma objetiva. Percebemos que os significantes utilizados pela paciente *“nada, nada”* podem ser compreendidos como uma negação do afeto experienciado naquele momento do discurso. Sobre isso, os autores Fortes, Winograd e Medeiros (2015) afirmam: a negação é uma forma de se apropriar daquilo que é recalcado, uma breve suspensão do recalque.

Por fim, quando perguntado se a mesma estava sendo assistida pelo serviço de psicologia, a paciente relata: *“eu acho muito invasivo, eu não gosto não”* e completa: *“Se quiser falar da dor eu falo o dia todinho, mas falar da minha vida eu não falo não”*. De acordo com esses trechos, relaciona-se a fala da entrevistada com o que diz respeito à narrativa de sofrimento do informante, categorizada por Moretto (2013). Nessa categorização, o sujeito constrói sua narrativa baseada em aspectos físicos e biológicos do seu adoecimento, tornando evidente o afastamento subjetivo da sua experiência. Se a dor a define enquanto sujeito, falar da dor é mais fácil e a protege, porque não precisa tocar no sofrimento que lhe confere. Entrar em contato com a dimensão subjetiva de cada um é entrar em contato com os afetos e sofrimentos advindos a partir da dor, e nem sempre o paciente está intencionando fazer essa travessia. A relação estabelecida entre o seu discurso e o adoecimento

se propõe apenas a adequação a um diagnóstico, compreendendo o corpo de forma exclusiva como um objeto de estudo para a ciência. Dessa forma, sem a implicação subjetiva do sujeito, se torna improvável (ou ainda mais difícil) a construção de um trabalho de luto, de transformação subjetiva, tendo em vista que o sujeito, ao negar a sua experiência de adoecimento, opta pela indiferença como forma de lidar com o seu sofrimento.

Aqui, mais uma vez, torna-se evidente como um espaço de escuta e fala torna-se essencial para se configurar como um momento de abertura para as questões subjetivas e tornar possível um movimento transformativo, em que o sujeito possa construir formas de nomear a dor e elaborar saídas em consonância com o seu desejo para lidar com as mudanças impostas pelo processo alérgico.

### **3.4 A ausência do reconhecimento do outro e a dor como forma de manter laços**

Durante as narrativas, foi percebido como a perda de autonomia e a relação de dependência foram questões que se faziam presentes de forma recorrente nos discursos. Isso convoca a pensar sobre as formas de laços que se constituem a partir do surgimento da dor.

Ao construir sua narrativa, trazendo a tona o adoecimento e a sua relação com esse, a paciente Hortência relata: *“Eu faço parte de grupos com pessoas que têm a mesma doença que eu, ai tem pessoas de vários lugares do Brasil.”* Em um outro ponto da entrevista, a paciente completa: *“Aqueles pessoas do grupo que eu falei, a gente tem até no Instagram, até no WhatsApp fazemos reuniões pelo Google que fazem as aulas...”* Nesse momento, é possível compreender que, por mais que o processo doloroso seja da ordem de um sofrimento intenso, ainda assim é por meio desse sofrimento que a paciente se organiza e estabelece laços sociais.

Moretto (2013b), ao explicar a temática do sofrimento na perspectiva da clínica psicanalítica, constrói um esquema, discorrendo a respeito das quatro categorias de narrativas do sofrimento. Cita-se aqui sua última categoria, denominada como: A narrativa de sofrimento do adoecido, a qual tem como finalidade elucidar a relação estabelecida do sujeito com o seu adoecimento. Nessa narrativa, há uma imersão do real que se esquia do simbólico. Ou seja, se torna

claro compreender a ausência da linguagem como forma representativa. Dessa maneira, o corpo pode se tornar a única forma de expressão possível, de modo que o sujeito pode apresentar uma linha tênue entre estar doente e ser a própria doença. É através do processo de adoecimento que se viabiliza o estabelecimento de laços e de seus respectivos ganhos secundários.

Em um dado momento da entrevista, a paciente Camélia narra: *"Meu filho diz que meu braço fica inchado assim porque eu não me movo. Como é que eu posso? Dói muito."* Em outro ponto da entrevista, ela retoma esse pensamento e cita:

*"Meu filho diz que eu preciso me movimentar, mas como? Só dói. Aí eu digo: 'é meu filho, pimenta no dos outros é frescor'. Mas ele fica dizendo que eu preciso fazer esforço."*

É possível compreender a invalidação do filho pela dor da paciente. Compreende-se que a constituição da subjetividade se dá mediante a relação com o outro, a possibilidade de mudança subjetiva também segue essa mesma perspectiva. Em suma, é através do laço social que o sujeito se constitui e que se torna possível um reposicionamento no sofrimento (MORETTO; KUPERMANN; HOFFMANN, 2017). Com efeito, se não há a relação de alteridade, o sujeito se constitui em uma relação não transformativa, sem potência de gerar mudança, impedindo, assim, que o trabalho de luto ocorra. Essa forma de relação mantém o padrão do silêncio sobre sua dor, e o paciente não é capaz de encontrar estratégias criativas para viver, consolidando, assim, relações baseadas na dependência, as quais não levam sua singularidade em consideração. Em suma, a dor surge como via de chamado ao outro, um pedido de ajuda e reconhecimento (MINATTI, 2012).

Já foi discutido, na primeira categoria, que o sofrimento tem uma estrutura de reconhecimento, ou seja, ela existe em consonância ao lugar subjetivo que ocupa no laço social. Kuperman (2019), ao falar sobre o segundo tempo do trauma, refere-se a três tempos de cuidado, em que está em jogo uma relação entre um sujeito que passa por uma experiência traumática e um outro que ocupa, geralmente, para ele, um lugar de alteridade. O que ocorre é que, quando o sujeito passa por uma experiência da ordem do real e não encontra recursos simbólicos possíveis para nomeá-los, esse tempo de cuidado é identificado pelo autor como um tempo do indizível, como já foi citado anteriormente. Esse sujeito, neste momento, tende a

procurar aquele que o considera como uma figura de alteridade para poder dividir o que passa com ele, de forma que o autor identifica que o sujeito está no tempo do testemunho. No entanto, o que ocorre com frequência é que aquele que ocupa este lugar de alteridade não reconhece o sofrimento do sujeito, tornando esse momento um tempo inaudível e fazendo com que a experiência de sofrimento do sujeito entre no segundo tempo do trauma, em que perfaz o caráter traumático da experiência de sofrimento experienciada.

A paciente Magnólia comenta:

*“Tem horas que eu me pego muito depressiva, mas aí eu resolvo chutar o pau da barraca e viver o presente e o daqui pra frente, sabe? Mas tem horas que num dá, que você tem que conversar com alguém, você tem que ouvir alguma coisa, alguém lhe perguntar e lhe despertar aquele gatilho que tem, sabe? Que tá ali, que você espera que o outro faça a pergunta pra que você se solte, por que muitas vezes a gente não tem vontade de responder. Essas coisas, sabe?”*

Em outro momento da entrevista cita: *“eu já conversei muito com minha filha em relação a tudo, em relação a problemas familiares por causa dela, ela disse que eu não tenho culpa então isso aí já alivia muita coisa, tá entendendo?”*

É neste sentido que a importância do acolhimento e reconhecimento pelo outro do sofrimento que acomete cada uma pode ser uma experiência que pode permitir mudanças no lugar subjetivo que ocupa. Por isso, para além do reconhecimento social e familiar da dor, existe a relevância de um espaço psicanalítico para que questões possam ser postas e trabalhadas subjetivamente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega-se no momento de concluir. Neste ponto, retoma-se a construção da pesquisa e pontua-se as etapas, desafios e potencialidades que constituíram o presente estudo. Teve-se como propósito principal analisar a experiência do fenômeno da dor mediante os discursos de pacientes acometidos pela Síndrome Dolorosa Regional Complexa.

Durante a escuta das pacientes, tomou-se como objetivo contextualizar a Síndrome, conhecer a percepção que os pacientes têm de seus diagnósticos, identificar os afetos que se relacionam com a síndrome e, por fim, nomear as mudanças advindas com o fenômeno da dor. Diante disso, apreendem-se temáticas que foram divididas em quatro categorias, sendo essas as seguintes: O trabalho de elaboração do luto; A dificuldade de falar de si; Investimento na dor e desinvestimento no mundo e a ausência do reconhecimento do outro e a dor como forma de manter laços.

No que se refere à primeira categorização: A dificuldade de elaboração do luto, surgiu mediante a percepção das mudanças ocorridas após o diagnóstico. Foi compreendido que o sofrimento vai para além da dor física e suas limitações, perpassando também a perda de laços, de papéis sociais e de autonomia, além da percepção de um corpo finito, limitado. Concluindo essa temática sobre a importância do trabalho de elaboração do luto diante das mudanças decorrentes do processo doloroso mencionado, percebe-se que há uma conexão com o próximo tema, pois a dificuldade de falar sobre si mesmo torna ainda mais difícil o processo de luto. Além disso, constatou-se que os entrevistados encontravam dificuldade em expressar sua dor, o que justifica a dificuldade em falar de si mesmo na segunda temática. Ademais, observou-se que a dor, quando compreendida como um sofrimento inédito, pode ser capaz de silenciar o sujeito. Então, o paciente se torna incapaz de inscrever simbolicamente tamanho afeto vivido e, dessa forma, impede um movimento transformativo no seu processo.

Segue-se adiante, pensando que, para o paciente, ao lidar com diversas mudanças e não encontrar um espaço de fala ou uma estratégia para lidar com isso simbolicamente, é natural que ocorra um investimento no seu padecimento, impossibilitando que dê vazão a esse excesso de energia libidinal. É nessa

perspectiva que conclui-se a terceira categorização: investimento na dor e desinvestimento no mundo, sendo de suma importância que o sujeito, ao desinvestir libidinalmente em seu sofrimento, possa construir estratégias para manifestar seu sofrimento através da fala.

Por fim, a última categoria aborda a temática da ausência do reconhecimento do outro e a dor como forma de manter laços. Ao ouvir as narrativas dos pacientes, foi percebido a existência de vínculos fragilizados. Nesse ponto, pode-se refletir que esses laços podem estar enfraquecidos devido a questões mencionadas anteriormente, como a perda da autonomia, a dificuldade de manter e de estabelecer novos laços devido a dificuldade de se expressar, e o investimento no próprio sofrimento, que pode impedir novos investimentos afetivos.

É válido pontuar que as questões categorizadas encontram um ponto em comum: a necessidade de um espaço de escuta qualificada e reconhecimento da sua dor a esses pacientes. Cabe ressaltar que há outras temáticas relevantes que podem ser abordadas no contexto da Síndrome Dolorosa Regional Complexa, as quais não foram abordadas neste estudo em particular. Entre elas, destaca-se a repercussão psíquica para os familiares que cuidam de um parente com essa síndrome, bem como os desafios enfrentados e as estratégias de cuidado adotadas pela equipe médica e de saúde. Esses aspectos são igualmente importantes para uma compreensão abrangente da síndrome, considerando o impacto que ela tem em diferentes âmbitos e atores envolvidos no cuidado ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. L. B. Sobre a experiência de dor. *In: Letra Freudiana: 100 anos de projeto freudiano*. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- BRUNHARI, M.; MORETTO, M.; PEREZ, G.; VASCONCELLOS, S. **Diversidade e mal-estar na saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- DESANTANA, J. M. et al. Revised definition of pain after four decades. **BrJP**, v. 3, n. 3, pp. 197-198, 2020.
- DUNKER, C. I. L. **Mal estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.
- DUNKER, C. I. L. Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. *In: Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. Tradução. São Paulo: Editora Escuta, 2016.
- FERNANDES, M. **Corpo**. São Paulo: Casapsi Livraria Ltda, 2011.
- FERNANDES, N.; TOMÉ, R.; Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, v.. 3, n. 2, p. 97-115 2001.
- FERREIRA, T. Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavras – a aposta na intervenção subjetiva. *In: FERREIRA, T.; VORCARO, A. (Org.). Pesquisa e psicanálise: do campo à prática*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.
- FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.
- FORTES, I.; WINOGRAD, M., MEDEIROS, C. A dor crônica entre o silêncio e o grito. **Tempo Psicanalítico**, v. 47, n. 2, p. 9-28, 2015.
- FREUD, S. Luto e Melancolia. *In: Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV (Edição Standard Brasileiras). Rio de Janeiro: Imago, 1917 [1915]/1974.
- FREUD, S. O estranho. *In: As obras completas de Sigmund Freud, vol. 17*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1989 (Trabalho original publicado em 1919).
- FREUD, S. O eu e o isso. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (v. XIX)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Trabalho original publicado em 1923).
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (v. XXI)*. Rio de Janeiro: Imago,

1996b. (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica. In: **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. I)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. (Trabalho original publicado em 1895).

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (v. XIV)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. (Trabalho original publicado em 1914).

GASPARD, J. L.; ABELHAUSER, A. D. C.; ZANOTTI, S. V. Douleur Chronique: enjeux psychopathologiques et respectives cliniques. *Psycho-Oncologie*, v. 9, n. 2, p. 121-126, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora*, v. 6, n. 1, pp. 115-138, 2003.

KUPERMANN, D. Ferenczi e os objetivos do tratamento psicanalítico: autenticidade, neocatarse, crianceria. *Estilos clin.*, v. 24, n. 2, p. 182-194, ago. 2019.

LACAN, J. Fonction et Champ de la parole et du langage. In: **Écrits**. Paris: Seuil, 1966.

LEITE, D.; TEIXEIRA, L. **Escuta psicanalítica de mulheres com queimadura autoinfligida considerações a partir do hospital geral**. Curitiba: Editora Appris, 2022.

MARBLÉ, J. La douleur, dernière frontière? *Revue Eres Psychanalyse*, v. 20, p. 41-51, 2011.

MAZARO, L.; MARTIN, M. Contribuição da terapia ocupacional no tratamento da Síndrome Dolorosa Complexa Regional do tipo1 - uma melhora na qualidade de vida. *Reabilitar*, v. 7, n. 26: pp. 51-57, 2005.

MICELI, A. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 3, pp. 363-373, 2002.

MINATTI, S.P. O Psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, n. 4, pp.825-837, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2013a.

MORETTO, M. L. T. Entre o luto e a luta: Sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar. *In*: MOURA, M. D. M. (Org.). **Oncologia: Clínica do limite terapêutico?-PSICANÁLISE E MEDICINA**. 1ª ed. Belo Horizonte: Editora ARTESÃ, 2013b. p. 352-365.

MORETTO, M. L. T.; KUPERMANN, D.; HOFFMAN, C. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 1, p. 97-112, 2017 Tradução.

NASIO, J.-D. **A Dor de Amar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

NASIO, J. D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PACHECO, S.; MATOS, E.; ABADESSO, C. Síndrome de Dor Regional Complexa: A Experiência de um Serviço de Pediatria. **Acta Pediatr Port**, v. 47, n. 3, pp. 250-255, 2016.

PEREIRA, P. S. N.; NICOLAU, R. F.; MONTEIRO, J. L. M. Dor e gozo na psicanálise: uma revisão. **Psicanálise & Barroco em revista**, v. 17, n. 3, pp. 158-176, 2019.

RITO, C.; SOUZA, A. Síndrome Dolorosa Regional Complexa do joelho a propósito de um caso clínico. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, v. 19, n. 2, 2010.

SANTOS, B.; PERES, R. Aspectos subjetivos da dor física: mapeamento das primeiras contribuições metapsicológicas freudianas. **Revista psicologia: Teoria e Prática**, v. 18, n. 3, p. 30-40, dez. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872016000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000300003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 mai. 2023.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2018.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Nome
2. Idade
3. Com quem mora?
4. Escolaridade
5. Fazia acompanhamento psiquiátrico anterior à dor? Qual?
6. Como você descobriu o seu diagnóstico?
7. O que mudou na sua vida com o diagnóstico?
8. O que você faz para lidar com a dor?