



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADOS CLINICOS

PAULA DANYELLE DE BARROS PALÁCIO

**DOR E FIBROMIALGIA: contribuições da psicanálise para o cuidado
clínico de enfermagem**

FORTALEZA – CEARÁ
2013

PAULA DANYELLE DE BARROS PALÁCIO

**DOR E FIBROMIALGIA: contribuições da psicanálise para o cuidado
clínico de enfermagem**

Exame Geral de Conhecimentos apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Orientadora: Profa. Dra. Lia Carneiro Silveira

FORTALEZA – CEARÁ
2013

PAULA DANYELLE DE BARROS PALÁCIO

DOR E FIBROMIALGIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O
CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Exame Geral de Conhecimentos apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Data de apresentação: 20/12/ 2013 às 09:00.

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr Luís Achilles Rodrigues Furtado (1º Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Maria Rocinede Ferreira da Silva(2º Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Karla Corrêa Lima Miranda(Suplente) - UECE
Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Lia Carneiro Silveira (Orientadora) – UECE
Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, atuando de forma limitante quanto à manutenção das atividades motoras, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. A medicina organicista utiliza, como critério diagnóstico, a relação da dor com uma respectiva lesão no organismo. Assim, ao deixar de lado os aspectos subjetivos, enfatiza a separação entre a doença, como algo meramente orgânico, e a psiquê do sujeito. Essa concepção considera essas duas dimensões componentes separados, não identificando associações entre os mesmos. Tal modelo atua de forma exemplar no combate aos sintomas com lesões orgânicas, entretanto, não se faz eficaz em situação que fuja a essa regra. A enfermagem de forma predominante tende a repetir esse modelo, muitas vezes se colocando como mero executor de cuidados prescritos por outro profissional. Percebemos ser de extrema importância um estudo que enfatize a singularidade de cada caso, buscando ouvir o que essas mulheres têm a dizer sobre a dor que lhe acomete, sem nos determos à queixa, mas seguindo uma livre associação de ideias que seja determinada pelo seu inconsciente. Objetivamos analisar, na singularidade de cada caso, como as mulheres portadoras do diagnóstico de fibromialgia significam sua experiência de dor. Trata-se de um estudo em psicanálise a partir da construção de dois ensaios metapsicológico sendo um resultante de entrevistas e o outro de um estudo biográfico. São construções teóricas já que não foram geradas a partir de atendimentos clínicos. O ensaio foi estruturado a partir de significantes obtidos nos discursos dos sujeitos e tivemos como principais conceitos norteadores a construção do sintoma, a fantasia e a feminilidade. Entendemos como principal contribuição da psicanálise para a prática de enfermagem a utilização da ferramenta escuta em sua atuação, no sentido de permitir que em seu discurso o sujeito apresente suas particularidades, gerando um cuidado único. Não propusemos aqui essa teoria como única possibilidade de atuação, mas acreditamos que discutir outras concepções favorece cada um de nós a buscar os nossos próprios caminhos em prol de um objetivo comum: oferecer um cuidado de qualidade. Esperamos que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, compreendam que há outra dimensão de cuidado para além da queixa.

Palavras chave:Dor. Subjetividade. Psicanálise.

ABSTRACT

Pain is a major cause of human suffering , acting limiting form as the maintenance of motor activities , with consequent impairment of quality of life and psychosocial and economic impact immeasurable . The organicist medicine uses , as a diagnostic criterion, the association of pain with a corresponding lesion in the body . Thus , leaving aside the subjective aspects , emphasizes the separation of the disease , as something purely organic, and the psyche of the subject . This conception considers these two separate components dimensions identified no associations between them . This model operates in an exemplary way in combating the symptoms with organic lesions , however, is not effective in the situation that escape this rule . The predominant form of nursing tends to repeat this model, often posing as mere executor prescribed by another professional care . Perceive to be of utmost importance to a study that emphasizes the uniqueness of each case , seeking to hear what these women have to say about the pain that affects you , without dwelling on the complaint , but following a free association of ideas that is determined by your unconscious . We aimed to examine the uniqueness of each case , as those who are diagnosed with fibromyalgia women mean their pain experience . It is a study in psychoanalysis from the construction of two metapsychological essays being a resultant of interviews and other biographical study. Are theoretical constructs since they were not generated from clinical care . The test was structured from significant speech obtained in the subjects and had as main concepts guiding the construction of the symptom , fantasy and femininity . Understand the main contribution of psychoanalysis to the nursing practice using the tool listens on its operations in order to allow the subject in his speech presenting their particularities , generating a single care . Not here proposed this theory as the only possibility of action , but we believe that discuss other conceptions favors each of us to pursue our own paths toward a common goal : to provide quality care . We hope that health professionals , especially nurses , understand that there is another dimension of care beyond the complaint.

Keywords:Pain. Subjectivity.Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 DOR E MODELO CIENTÍFICO.....	15
2.1 FIBROMIALGIA: ABORDAGEM BIOMÉDICA	24
3 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ABORDAGEM À DOR.....	31
4 DOR E PSICANÁLISE.....	36
4.1 ESTRUTURAÇÃO DO SUJEITO NAS TRILHAS DO PRAZER E DA DOR	40
4.2 DOR COMO MANIFESTAÇÃO SINTOMÁTICA	49
4.3 SINTOMA CONVERSIVO	56
4.4 FIBROMIALGIA: ABORDAGEM PSICANALÍTICA	58
5 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	63
5.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	68
5.1.1 SUJEITOS E CAMPO DA PESQUISA.....	69
5.1.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	70
5.1.3 DURAÇÃO.....	71
5.1.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	71
5.1.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	72
6 RESULTADOS	73
6.1 MARIZETE: QUANDO A DOR FAZ PARAR PARA NÃO QUEBRAR	73
6.2 FRIDAKAHLLO: A DOR COMO CRIAÇÃO	79
6.3 ENSAIO METAPSICOLÓGICO	87
7 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM.....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	126
APÊNDICES.....	137
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	138

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma das principais causas de sofrimento, gerando repercussões em todos os campos da vida de quem a sente, principalmente limitando a manutenção das atividades motoras. Gera comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. Trata-se da queixa mais referida em nossos serviços de saúde e trazem em si um conteúdo de sofrimento que vai além da dimensão física.

Como um sujeito também vítima dessa queixa em diversos momentos, nosso contato com ela não poderia ter sido iniciado apenas nessa jornada, nem mesmo o acadêmico. Nossa aproximação com a temática surgiu ainda durante o processo de graduação. Mesmo antes de pensarmos em realizar pesquisas sobre essa temática, já havia o interesse em entender mais acerca da dor. Entretanto, esse desejo permaneceu adormecido enquanto outro desejo acadêmico nascia e preenchia a curiosidade de pesquisadora: saúde mental. Em 2007, nos aproximamos de um grupo de estudo em saúde mental que voltava as atividades para as práticas de enfermagem nessa área. Aos poucos nosso embasamento foi sendo direcionado para o referencial teórico que utilizamos hoje. Foi nesse contexto que surgiu o LACSU: Laboratório de Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social e este nos ofereceu um espaço de discussões acerca da teoria psicanalítica.

Como possibilidade de compreensão acerca de conceitos como inconsciente, a psicanálise veio nos oferecendo embasamento teórico e maior compreensão acerca da estruturação do sujeito. É nesse contexto de aproximação com a teoria psicanalítica e de finalização do percurso da graduação em enfermagem que retornou o desejo de aprofundar os conhecimentos acerca da dor, nesse caso como forma de pesquisa. Nossa monografia de graduação, então, objetivou discutir teoricamente a dimensão da dor não associada a lesões orgânicas como nexos causal, principalmente a fibromialgia devido à incidência em mulheres. Apresentamos nosso objeto de estudo sendo discutido sob à luz da psicanálise.

Esse trabalho significou para nós o contato inicial para uma possível contribuição da psicanálise para o cuidado de enfermagem em casos de pacientes com dores. A partir disso, foi desencadeado o desejo de continuar nossos estudos, dessa vez tendo as vítimas dessa queixa,

mulheres com dores diagnosticadas como fibromiálgicas, como sujeitos da pesquisa.

Além dessas questões, tivemos o interesse de realizar esse estudo desencadeado a partir da percepção de que como profissional de saúde, a enfermagem tem dificuldades em definir posicionamentos quanto ao cuidado com a dor que vá além de uma execução de cuidados prescritos por outros profissionais. Assim, os dois estudos associados permitiram uma flexibilização desse olhar diante da prática de enfermagem, sendo oferecido pela psicanálise uma possibilidade de embasamento quanto à compreensão do sujeito que direciona um demanda de cuidado para nós profissionais.

De uma forma predominante, temos o modelo biomédico oferecendo embasamento aos cuidados no campo de saúde à dor. Esta é entendida como algo que gera sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido; irritabilidade; alterações de energia; diminuição da capacidade de concentração, além de dificuldades em atividades familiares, profissionais e sociais (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Segundo este modelo, a sensação dolorosa envolve aspectos físico-químicos da nocicepção, ou seja, fenômeno de percepção da dor por receptores nervosos, associados a componentes socioculturais do indivíduo e as particularidades do ambiente onde o evento ocorreu. Lin, Teixeira e Barbosa (1998) complementam que estas sensações podem variar desde uma leve irritação até uma dor intensa. Apesar de causar desconforto, a dor é um mecanismo protetor que informa sobre a localização e intensidade dos estímulos dolorosos aos tecidos do organismo.

Apresenta-se, ainda, como a principal queixa relatada quando o indivíduo manifesta sofrimento seja ele psíquico ou causado por lesão orgânica. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que aproximadamente 80% da procura das pessoas pelos serviços de saúde são motivadas pela dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A medicina organicista utiliza, como critério diagnóstico, a relação da dor com uma respectiva lesão no organismo. Assim, ao deixar de lado os aspectos subjetivos, enfatiza a separação entre a doença, como algo meramente orgânico, e a psiquê do sujeito. Essa concepção considera essas duas dimensões componentes separados, não identificando associações entre os mesmos.

Essa separação surge a partir do século XIX, momento em que a medicina se

apresenta como medicina científica, quando a principal ferramenta de cuidado passou a ser o olhar no corpo. Trata-se de uma ruptura que se processou no saber médico, não restrita a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. Essa modificação implicou na origem de novas formas de conhecimentos e de atuação. Foucault (1994) apresenta essa concepção objetiva da prática médica ao afirmar que para a medicina:

ver consiste em deixar a experiência em sua maior opacidade corpórea; o sólido, o obscuro, a densidade das coisas encerradas em si próprias tem poderes de verdade que não provêm da luz, mas da lentidão do olhar que os percorre, contorna e, pouco a pouco, os penetra, conferindo-lhes apenas sua própria clareza (FOUCAULT, 1994, p. X).

A partir dessa modificação, a medicina segue utilizando, como forma de abordagem para diagnóstico, a relação entre essa dor ou outra queixa com lesões no organismo, iniciando-se a prática da separação entre a doença e a psique humana. Sua atuação restringe o estudo do organismo como um mecanismo meramente fisiológico, evidenciado pelos métodos de investigação, mas não revelando e, em verdade, frequentemente conservando pouco significativo, o conteúdo psicológico do paciente, o qual não foi considerado tão científico como os resultados dos estudos de laboratório.

Surge, então, a tendência atual de segmentação do indivíduo, gerando abordagens cada vez mais reduzidas à queixa e, conseqüentemente, à lesão buscada como causa da mesma. Dessa forma, o mesmo é dividido em partes e cada uma é priorizada, não sendo observada a correlação entre as mesmas como componentes de um mesmo ser. Com esta segmentação, veio a formação dos especialistas para atenderem às diversas enfermidades. Com os especialistas, surgiu o emprego dos instrumentos de precisão e teve início a mecanização da medicina.

O corpo se assemelha a um laboratório, afastando-se das influências subjetivas, que poderiam contaminar o saber médico. Assim, esse corpo se torna impessoal e sem história, uma entidade mecânica, dessubjetivada, sendo eleito como o terreno confiável em que o conhecimento científico pode se fazer triunfante.

Tal modelo atua de forma exemplar no combate aos sintomas com lesões orgânicas, entretanto, não se faz eficaz em situação que fuja a essa regra. Ao nos depararmos com quadros em que não há uma lesão orgânica que justifique a presença da queixa dolorosa, não

podemos nos colocar na posição de simplesmente negarmos essa queixa. É importante que possamos abrir o raciocínio diagnóstico para incluir algo que não se deixa revelar no modelo organicista, mas que, nem por isso, é menos importante.

Como consequência das críticas a esse modelo, surge na medicina uma proposta de leitura do sintoma como algo multifatorial. De acordo com esse posicionamento, o corpo não pode ser isolado do intercâmbio social e cultural do sujeito. Sua crítica se fundamenta no fato de que, no modelo organicista, as trocas simbólicas e emocionais são, geralmente, ignoradas ou tidas como irrelevantes no que se refere à compreensão científica da doença e da dor (GONZALEZ REY, 2005).

Para o modelo multifatorial, avaliar a dor não pode se restringir ao corpo (biológico), mas deve considerar também todos os componentes que torna essa dor multifatorial, como emocionais, socioculturais e ambientais. Entende-se a dor como um fenômeno multidimensional, e, caracterizá-la como tal significa observar e avaliar a experiência do sujeito nas suas várias dimensões, quais sejam neurofisiológica; psicossocial; cognitivo-cultural, relacionando-a a crenças, significados e comportamentos prévios a dor; comportamental, pois situações diferentes podem exercer influência sobre o limiar da dor; e sensorial. (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Entendemos que este modelo já se constitui num avanço em relação à abordagem estritamente orgânica da dor. No entanto, ainda encontramos aí diversos pontos passíveis de crítica quando se trata de abordar a dor de base não orgânica:

a) A teoria se mostra insuficiente quando se trata de explicar como fatores que são de ordem social, cultural, emocional podem se converter em uma percepção dolorosa, sem base orgânica;

b) Apesar de atribuir a causa a múltiplos fatores, essa teorização não instrumentaliza para uma clínica que vá além do orgânico e as intervenções continuam sendo majoritariamente de base medicamentosa.

c) A desresponsabilização do sujeito, nesse ponto a assistência tende a colocar o sujeito acometido em posição de sofrer a queixa, não tendo participação no seu processo de adoecimento, assim como na desresponsabilização quanto ao seu processo terapêutico.

A assistência de enfermagem, que historicamente tem seguido muito próxima ao modelo médico, também se encontra marcada pelo modelo organicista e pelo modelo multicausal no que diz respeito à abordagem da dor. As autoras Brunner e Sudarth (2009) apresentam a dor como sendo também definida como associado a um dano. Nas propostas de intervenções de enfermagem, as autoras nos informam que se faz necessário que as enfermeiras tenham conhecimento da fisiopatologia da dor, das consequências fisiológicas e psicológicas da dor aguda e crônica, mas complementa que a “conduta preventiva para aliviar a dor ao administrar agentes analgésicos é considerada a estratégia mais efetiva” (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 232)

Também para a enfermagem este modelo coloca dificuldades ao abordar, a partir desse modelo biologicista, situações que não tragam um comprometimento orgânico. Na verdade, essa limitação está presente em situações onde a concepção do corpo como algo estritamente orgânico não é suficiente para o cuidado.

É exatamente esse “algo” que escapa ao modelo científico que passa a nos causar curiosidade no que tange àquilo que o modelo biomédico chama de “doenças psicossomáticas”, mas especificamente a fibromialgia. Trata-se de um quadro clínico doloroso, não associado a lesões teciduais. A fibromialgia caracteriza-se fundamentalmente pela presença de pontos dolorosos no corpo, sem nenhum achado clínico que os justifique (LEITE; PEREIRA, 2003, p 97). Como critério diagnóstico é considerada a presença de dor crônica generalizada, por pelo menos três meses, em ambos os lados, em cima e abaixo da cintura (PERES, 2004). Além da dor, a fibromialgia apresenta também outras características como fadiga e sono não reparador, rigidez matinal, síndrome do cólon irritável (SCI), cefaléias, parestesias, palpitações, tensão pré-menstrual, entre outros (ÁLVARES; LIMA, 2010)

Estima-se que na população em geral 1 a 5% apresentam fibromialgia, sendo 73 a 88% mulheres. Sua prevalência aumenta de acordo com a idade, sendo 70% dos casos em mulheres de 60 a 80 anos. (PERES, 2004, p.52).

A queixa de um fenômeno que se dá no corpo, sem base orgânica, que atinge principalmente mulheres, não é propriamente uma novidade do século XXI. Foram quadros semelhantes a esses que, no final do século XVIII, despertaram o interesse do médico vienense Sigmund Freud (1856 -1939). Esse médico realizava atendimentos hospitalares a pacientes de

diversos casos, inclusive aqueles que apresentavam queixas não associada a lesões orgânicas.

Seu interesse foi despertado a partir de seu contato com aquelas que, naquele momento, eram vistas como fingidoras, já que ‘nada’ justificava suas queixas (FREUD, 1888). A teoria psicanalítica desenvolveu-se a partir do estudo desse médico sobre as mulheres que apresentavam o quadro histérico, por volta de 1890, tendo entre suas diversas manifestações corporais (como a dor, a paralisia, as contraturas involuntárias) a dor não explicada por disfunções orgânicas, mas que se associava a sofrimentos psíquicos desses sujeitos. Outras manifestações também foram percebidas como paralisias ou anestésias.

Posteriormente, os estudos de Freud acerca da histeria, permitiram-lhe criar toda uma teoria da constituição do sujeito e de sua realidade, enfatizando a divisão subjetiva, as relações com o outro e a descoberta do inconsciente. Esse conhecimento só pôde ser aprofundado a partir do momento em que Freud, a pedido de uma das mulheres que ele analisava, se permitiu ouvir o que cada uma delas tinha a dizer sobre a sua dor. Só assim ele pôde perceber que haviam outras questões associadas a ela, muitas até desconhecidas pelos próprios indivíduos, por não terem sido enfatizados até então. Dessa forma, sua ferramenta de trabalho passou a ser a fala e a associação livre de ideias como definidor do que se fala.

Desde então, falar em dor ou sofrimento implica levar em consideração que o saber consciente acerca de um corpo biológico não é suficiente. Há algo que ultrapassa esse corpo biológico. É esse algo, que não conseguimos abordar em nossa prática atual com base hegemonicamente biomédica, que precisamos enfatizar em nosso cuidado.

Pensando nesse contexto de dor e sofrimento, um nome nos vem à mente por melhor ter representado a dor em sua arte: Frida Kahlo. Essa pintora mexicana teve sua vida perpassada por vários momentos de dor, mas foi a partir deles que foi possível se fazer notória em sua arte por retratar em seus quadros a sua própria dor.

Na adolescência, ela foi vítima de um acidente automobilístico e durante o período em que ficou acamada iniciou o ato de pintar como uma ocupação, mas também como uma forma de retratar a si mesma. Uma verdadeira expressão de suas dores, seus amores numa paleta de cores: “Pensaram que eu era surrealista, mas nunca fui. Nunca pintei sonhos, só pintei a minha própria realidade”. Seria necessário nos aprofundar imensamente em sua sua biografia para perceber que Frida produz através da sua obra uma tentativa de recompor sua própria imagem,

dando significado a sua vida, e dando sentido aos seus trabalhos. Os seus principais trabalhos era seu autorretratos. Em seu ela nos apresenta o motivo: “Pinto-me porque estou muitas vezes sozinha e porque sou o assunto que conheço melhor”. Através destas marcas no corpo, na alma, na vida, ela nos permitiu perceber que o que não foi dito em palavras foi expresso e representado em seus quadros, a morte, a catástrofe, a dor, os abortos, a doença. “minha pintura carrega em si a mensagem da dor. Creio que ela interessa pelo menos a algumas pessoas” (HERRERA, 2011, 152).

Devido a notoriedade dessa mulher e de seu contexto de vida, escolhemos sua biografia para a realização de um estudo, buscando identificar os significantes envolvidos em seu processo de dor e posterior construção do ensaio metapsicológico a partir dos dados coletados. Essa construção foi realizada em paralelo ao conteúdo obtido a partir de entrevistas com mulheres que receberam o diagnóstico de fibromialgia. Não tivemos como pretensão comparar esses dois relatos, mas apresentá-los enfatizando a singularidade de cada um.

A temática nos despertou o interesse por percebermos que a estruturação psicológica está extremamente interligada ao surgimento dessa dor que incomoda, mas não costuma estar presente na abordagem à dor. Interessamo-nos também por entender que uma nova forma de assistência a pacientes com queixas que estão associadas a sofrimento psíquico poderá favorecer nossa prática ao permitir uma ampliação do olhar, considerando suas subjetividades presentes nesse contexto de dor.

Devido a esse quadro complexo, percebemos ser de extrema importância um estudo que busque partir da singularidade de cada caso, buscando ouvir o que essas mulheres têm a dizer sobre o que lhe acomete, sem estarmos apenas enfatizando a dor. Desejamos, assim, disponibilizar ao indivíduo cuidado uma prática que considere sua subjetividade e percebendo que corpo e mente não se encontram separados nem são fatores que se associam, e sim componentes de um mesmo ser. Considerando que a incidência dessas manifestações dolorosas é bem maior em mulheres, desejamos analisar essas situações naquelas que mais frequentemente serão nossos alvos de cuidado.

Com sua realização, desejamos também, compreender melhor todo esse processo de dores ou outras queixas que não apresentam relação causal com disfunções orgânicas e obter um novo olhar na prática de enfermagem acerca das manifestações dos sintomas. Assim, a abordagem psicanalítica surge como forma de nos esclarecer a relação do indivíduo com seu

inconsciente, como também uma possibilidade de embasamento teórico que nos ofereça ferramentas para um cuidado não reducionista, mas que permita um olhar amplo sobre as subjetividades daqueles que cuidamos.

Esse contexto nos levou a alguns questionamentos que buscamos responder ao longo de nosso trabalho: que mensagens tentam nos dizer hoje as mulheres portadoras do diagnóstico de fibromialgia? Seria a fibromialgia um dos nomes da medicina para a questão histórica? Quais as contribuições que o saber da psicanálise poderia trazer hoje para a clínica de enfermagem junto à mulheres com quadro de dor?

Tivemos como objetivo geral analisar, na singularidade de cada caso, como as mulheres portadoras do diagnóstico de fibromialgia significam sua experiência de dor. E como objetivos específicos perceber elementos no discurso das mulheres diagnosticadas como fibromiálgicas que nos indiquem como elas significam a dor; identificar os conceitos psicanalíticos que se relacionam à construção da queixa dolorosa; abordar a partir de um caso teórico a significação da dor e a construção do sintoma; estabelecer algumas contribuições do saber da psicanálise para a clínica de enfermagem junto às mulheres com queixas de dores.

Nosso trabalho foi estruturado em capítulos divididos de acordo com o conteúdo que seria abordado. Inicialmente, o capítulo ‘Dor e modelo científico’ aborda o modelo de atuação do cuidado em saúde vigente em nossos serviços, incluindo a abordagem à fibromialgia. Em seguida, temos o capítulo de ‘Cuidado clínico de enfermagem: abordagem à dor’ que nos apresenta o cuidado de enfermagem especificamente. ‘Dor e psicanálise’ é um capítulo composto dos conceitos psicanalíticos essenciais ao entendimento da questão da dor, da estruturação do sujeito e da manifestação sintomática. Em nossos ‘Resultados’, temos a apresentação dos dois relatos, um resultante de entrevistas e o outro biográfico, além da construção do ensaio metapsicológico que apresenta os casos sendo trabalhados paralelamente. O ensaio foi estruturado a partir de significantes obtidos no discurso dos sujeitos e tivemos como principais conceitos norteadores a construção do sintoma, a fantasia e a feminilidade. Para finalizar, temos as ‘Contribuições da psicanálise para o cuidado clínico de enfermagem’ que refletem as possibilidades que a psicanálise oferece à enfermagem a partir de sua teoria e nossas ‘Considerações Finais’.

2 DOR E MODELO CIENTÍFICO

*“Não penso em alegrias, já to disse.
Entrego-me ao delírio, ao mais cruciante gozo,
Ao fértil dissabor como ao ódio amoroso.
Meu peito, da ânsia do saber curado,
A dor nenhuma fugirá do mundo,
E o que a toda a humanidade é doado,
Quero gozar no próprio Eu, a fundo,
Com a alma lhe colher o vil e o mais perfeito,
Juntar-lhe a dor e o bem-estar no peito,
E, destarte, ao seu Ser ampliar meu próprio Ser,
E, com ela, afinal, também eu perecer.”*

Fausto, J-W. von Goethe

Várias manifestações são relatadas por indivíduos que procuram por ajuda nos serviços de saúde. Entretanto, percebemos que a principal queixa é a dor. Devido a grande quantidade de acometidos, sua manifestação é muito estudada com o intuito de haver maior conhecimento sobre o tema e o desencadeamento de melhorias para a sociedade em geral.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, atuando de forma limitante quanto à manutenção das atividades motoras, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. De um modo geral, a dor aguda ou crônica leva a sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido; irritabilidade; alterações de energia; diminuição da capacidade de concentração, além de dificuldades em atividades familiares, profissionais e sociais (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Ela se caracteriza como aguda quando mantém pouco tempo de durabilidade e crônica ao apresentar mais de seis meses de duração contínua (MURTA, 1999). A dor aguda funciona no organismo como uma defesa ao sinalizar que algo de errado está acontecendo ao indivíduo, assumindo papel fundamental para a sobrevivência humana. Senti-la é essencial para a

manutenção da integridade do organismo. No corpo humano, existe um circuito complexo de fibras nervosas responsáveis por levar um estímulo ao sistema nervoso, por meio de mediadores químicos, gerando o mecanismo de interpretação da dor.

A dor é vista por esse modelo como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou descrita como a ela relacionada, a dor associa-se, de acordo com esta definição, a uma lesão orgânica (ou potenciais lesões), seja direta ou indiretamente, como é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP – *International Association for the Study of Pain*). Vemos que essa concepção é abordada pelo modelo biomédico que se encontra predominantemente como embasamento para as práticas de saúde atuais.

O processo de construção da medicina atual iniciou-se no início do século XIX que assinala o momento em que a medicina, criticando seu passado, se apresenta como medicina científica. Essa ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. Essa modificação implicou na origem de novas formas de conhecimentos e de atuação. Foucault (1994, p. X) afirma que “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. [...]”.

As formas de racionalidade e objetividade médicas se valem da percepção, da observação, visando à verdade. Os sinais, os sintomas adquirem consistência e sentido na medida em que o olho do observador – o médico – se torna o depositário e a fonte da clareza. Os sintomas em sua transitoriedade adquirem o estatuto de objeto e ganham peso e solidez. Essa ideia pode ser percebida na passagem de Foucault abaixo (1994, p XIII):

O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. O objeto do discurso também pode ser um sujeito e foi esta reorganização formal e em profundidade que criou a possibilidade da experiência clínica. Pode-se finalmente pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. A singularidade do discurso do doente se transforma para o médico em uma idéia objetiva e completa, pois o médico é um observador.

Essa prática da identificação dos sintomas pelo olhar como fenômenos para a

delimitação da doença surge num momento da história em que se acreditava que só essa abordagem daria todas as respostas necessárias à eliminação dos sintomas e cura da doença, como percebemos na passagem abaixo,

As formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência. O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade [...] (FOUCAULT, 1994, p XII).

A este olhar atribui-se o poder de atingir a forma geral de qualquer constatação científica, pois para propor a cada um o tratamento à sua doença e a si próprio, procura-se formar uma ideia objetiva e completa sobre o caso, complementando-o por um dossiê individual com as informações acerca dos sinais e sintomas manifestados.

O corpo é assemelhado a um laboratório, onde as influências subjetivas, capazes de contaminar a validade do saber médico, são afastadas ou pretensamente controladas. Assim, ele se torna uma entidade impessoal e sem história, uma entidade mecânica, dessubjetivada, sendo eleito como o terreno confiável em que o conhecimento científico pode se fazer triunfante. Não há um sujeito que adoece e vive uma dor, mas sim, um corpo despersonalizado, onde os sinais típicos de uma entidade universal, a doença, se expressam diante do médico.

Impulsionados pela patologia, os estudos de fisiologia avançam e também oferecem subsídios para a determinação das causas da doença. Clavreul (1983, p. 114) assinala que:

[...] os progressos da fisiopatologia, propondo uma outra leitura da doença, vieram substituir os estudos anatômicos e anátomo-patológicos. A morte do doente cessou de ter interesse para o médico desde que os exames sobre o vivo tornaram-se os mais importantes. Não existem mais nos hospitais esses doentes que eram conservados um pouco por caridade, mas cuja morte se esperava para saber o que tinham. Esta prática [...] cessou desde que os exames paraclínicos permitiram ‘violentar a natureza’ sobre o vivo. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve.

Este corpo é isolado do intercâmbio social e cultural do sujeito, de maneira que as trocas simbólicas e emocionais que nele se expressam são, geralmente, ignoradas ou tidas como irrelevantes no que se refere à compreensão científica da doença e da dor (GONZALEZ

REY, 2005).

Dessa forma, a medicina segue utilizando, como forma de abordagem para diagnóstico, a relação entre a dor ou outra queixa com lesões no organismo comprovadas por meio de exames, iniciando-se a prática da separação entre a doença e a psique humana. Sua atuação restringe-se ao estudo do organismo como um mecanismo fisiológico, evidenciado pelos métodos de investigação, mas não revelando e, em verdade, frequentemente conservando pouco significativo, o fundo psicológico do paciente, o qual não foi considerado tão científico como os resultados dos estudos de laboratório.

Surge, então, a tendência atual de segmentação do indivíduo, gerando abordagens cada vez mais reduzidas à queixa e, conseqüentemente, à lesão buscada como causa da mesma. O sujeito é dividido em partes e cada uma é priorizada, não sendo observada a correlação entre as mesmas como componentes de um mesmo ser. Com esta segmentação, veio a formação dos especialistas para atenderem às diversas enfermidades e com estes, o emprego dos instrumentos de precisão levando ao que podemos entender como a mecanização da medicina.

Dentro desse contexto, temos a dor sendo entendida como um sintoma que segundo Ferreira (2004) define-se como manifestação subjetiva de doença. Entretanto, essa dimensão subjetiva é aqui destacada apenas com o intuito de circunscrevê-la e limitá-la ao mínimo para que ela não interfira no procedimento médico. Esta definição faz alusão ao âmbito orgânico como causa para a dor quando a relaciona exclusivamente à doença, excluindo a possibilidade de não associá-la a patologias. De uma forma geral, o sintoma é visto como aquilo que traz incômodo, devendo ser eliminado. Sua etimologia vem do grego. 'Sin' = junção e 'Tomo' = pedaços. Ou seja, a palavra sintoma tem a ver com juntar as peças de várias sinalizações orgânicas ou psíquicas, mediante uma doença, assim como num quebra-cabeça.

A dor, segundo a classificação de Almeida et al (2010), apresenta quatro componentes qualificadores necessários à compreensão do processo que acomete o indivíduo : (a)nocicepção; (b)dor; (c)sofrimento; e (d)comportamento doloroso. O autor segue explicando que a *Nocicepção* está associada à detecção de lesão do tecido por receptores especializados e ligados às fibras nervosas, que transmitem os sinais ao Sistema Nervoso. A *Dor* refere-se à resposta funcional do corpo à nocicepção. O *Sofrimento* associa-se a uma resposta afetiva e adversa, gerada pela dor, medo, ansiedade, estresse e/ou por outros estados psicológicos

desagradáveis. O *Comportamento Doloroso* é a consequência do sofrimento e expresso pelo indivíduo como resposta à sua experiência dolorosa (ALMEIDA et al, 2010).

As alterações posturais, expressões faciais, atividade motora (fricção ou proteção da área dolorosa, sobressalto), atividades autonômicas (palidez, rubor, sudorese), expressões vocais como as paralinguísticas (choro, gemido, grito e suspiro) e linguagem (apelos, exclamações, descrições qualitativas, queixas e solicitações) constituem expressões de comportamentos dolorosos referidos por Pereira e Sousa (2007).

O desencadeamento da dor, segundo esse modelo, é entendido como uma resposta sensitiva em consequência a algum estímulo, lesão presente ou em potencial, que sensibiliza receptores responsáveis pela captação de tais estímulos e que direciona essa resposta diretamente ao sistema nervoso central para que seja traduzida em dor. No caso de estímulos periféricos, essa resposta é desencadeada até o sistema nervoso periférico para que a resposta seja gerada, interrupção do estímulo, e logo depois para o sistema nervoso central para só então ser traduzido em dor, como relata Almeida et al (2010).

Moreno (2004), afirma que a existência de diferentes manifestações da dor é possível de ser compreendida como variabilidade individual na identificação da nocicepção, da percepção dolorosa, do sofrimento e do comportamento doloroso. Portanto, respostas afetivas e emocionais podem estar junto às características sensoriais do estímulo, ao passo que aspectos psicológicos e sensoriais da dor estão interligados através de vias nervosas.

A via espinotalâmica, já bem estabelecida, cumpre importante papel no aspecto sensorial e discriminativo da dor, pois as informações ascendem via tálamo para o córtex sensorial primário, porém só uma proporção de fibras dos neurônios do corno posterior da medula ascende por ela; a outra segue a via trato espinoparabraquial para o tronco cerebral; esses neurônios têm papel na integração do processo nociceptivo sensorial e visceral, na regulação autonômica e homeostática, o que pode gerar reações afetivo-emocionais (medo e agressividade), motivacional-comportamental (fuga e imobilidade) e neuroendócrinas autonômicas (hipertensão e taquicardia) (MORENO,2004,p.19).

Para evitar que a dor permaneça, os sinais que chegam ao cérebro, quando se tornam conscientes, estimulam a fabricação de substâncias que a inibem. Este mecanismo de inibição é tão importante para a homeostase do organismo quanto o responsável pela percepção da dor.

Se não fosse assim, um simples machucado ficaria doendo durante todo o processo de cura (BASTOS et al, 2007, p.4).

Avaliar a dor é uma tarefa árdua e complexa, pois sua percepção envolve tanto aspectos biológicos quanto emocionais, socioculturais e ambientais. Por este motivo, a sensação da dor pode ser alterada por “fatores perceptivos, cognitivos, emocionais e de comportamento” (CARVALHO, 2003, p.103), tais como “medo, raiva, ansiedade, depressão, aprendizagem, experiências anteriores, crenças, atitudes, conhecimento, significado simbólico da dor, e possíveis ganhos secundários de ordem econômica, social e afetiva” (PIMENTA; PORTNOI, 1999, p.162).

Como forma de combater essa queixa, a prática biomédica traz em sua terapêutica a adoção de procedimentos inteiramente voltados a uma visão orgânica, como uso de fármacos ou intervenções cirúrgicas. Percebemos que, dessa forma, o indivíduo se encontra deslocado do processo sendo enfatizada apenas a queixa. Corroborando com essa ideia, Angerami-Camon (2001) afirma que a dor pode ser controlada com o emprego de analgésicos, psicotrópicos e bloqueios analgésicos.

Tais fármacos consistem em substâncias químicas capazes de fazer com que a dor desapareça, porém há situações em que as mesmas não são aplacadas ou retornam ao ser interrompido o uso. Trata-se de medicalocentrismo, no qual se entende que a terapêutica principal para manifestações sintomáticas se dá por meio da utilização de medicação específica. Em consequência a esse fato, houve uma crescente produção dessas substâncias que atuam de diversas formas. Segundo Pedroso e Celich (2006) suas ações têm como objetivo corrigir mecanismos fisiológicos e dosagem de neurotransmissores diretamente envolvidos nas descargas neuronais anormais, buscando uma estabilização das mesmas, já que se considera que o que ocasiona o sintoma é uma anormalidade de funcionamento fisiológico. Além disso, “várias outras drogas, que possam também interferir em outros mecanismos são usadas ou estão em estudo” (PEDROSO; CELICH, 2006, p.9).

Os agentes psicotrópicos antidepressivos também são utilizados e combatem a depressão habitualmente presente na dor crônica. “Possuem efeitos analgésicos e evitam o sistema superior da dor, porque bloqueiam a recaptção de serotonina e noradrenalina das vias descendentes do SNC, permitindo que estes neurotransmissores sejam eficazes” (BASTOS et al,

2007, p. 8).

Sabemos que tal modelo atua de forma exemplar no combate aos sintomas orgânicos que estão sendo causados por alguma disfunção fisiológica. Entretanto, o modelo biomédico favorece o processo de medicalização exagerada, de forma que qualquer um se utiliza de medicamentos no momento em que o mesmo determine a necessidade farmacológica. A esse processo intitulamos automedicação que é favorecido pela intensa variedade dos fármacos e disponibilidade dos mesmos, sendo vendidos livremente. Além de tudo isso, o uso abusivo de tais medicamentos, mesmo prescritos por médicos, favorece a dependência dos mesmos.

A automedicação é o reflexo de diferentes aspectos socioeconômicos e culturais da população. Alguns fatores podem ser citados como tendo forte influência sobre essa prática que não raramente é causadora de diversos quadros de intoxicação humana. Entre eles pode-se destacar “a venda livre de vários tipos de remédios, o trabalho de marketing que cerca vários tipos de medicamentos, a falta de informação e a facilidade na aquisição pela população, até mesmo de remédios controlados”. (BASTOS et al, 2007, p.9)

De acordo com o artigo da Agência Brasil (2004), a venda de analgésicos em bares, lanchonetes e até em bancas de jornal, demonstra que estes são os remédios mais consumidos por automedicação no país. Sendo que quase 90% dos que usam esse medicamento não sabem o que estão consumindo e quase 90% dos entrevistados desconhecem a substância ativa presente nos medicamentos e os danos que podem causar à saúde. Vemos, então, que a automedicação tornou-se uma prática bastante comum, expondo a população a efeitos indesejados que podem ser ocasionados pelos medicamentos.

A falta de esclarecimento dos malefícios do uso indiscriminado de medicamentos, a maciça campanha das empresas farmacêuticas, e os ‘milagres’ que ela promete proporcionar destroem a saúde da população paulatinamente. Como possibilidade para a modificação do atual quadro, é necessária a atuação dos profissionais da saúde no sentido de esclarecer os riscos dessas medicações e sensibilizar quanto ao uso correto dos mesmos.

Além do mecanismo sensorial abordado anteriormente, o modelo biomédico considera também o estresse como fator preponderante no desencadeamento da manifestação dolorosa.

O estresse é descrito por Lipp (2003) como uma reação psicofisiológica muito

complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer em face de algo que ameace a sua homeostase interna. Ele “não é uma doença a ser tratada e sim um facilitador para que se desenvolvam doenças às quais o indivíduo esteja predisposto, em função da queda de imunidade associada à vulnerabilidade genética e ambiental” (BORGES; LUIZ; DOMINGOS, 2009, p. 182). É uma experiência emocional negativa acompanhada de previsíveis mudanças bioquímicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais que estão relacionados tanto à alteração de um fato ou acontecimento estressante, quanto à acomodação dos seus efeitos (LIPP; MALAGRIS, 2001).

Assim, a definição sugere que qualquer situação que gere um estado emocional forte, levando a uma quebra da homeostasia interna, exigindo alguma adaptação, é chamada de estressor. Ainda de acordo com os autores, os estressores podem ser classificados em internos e externos. Os internos se caracterizam pelo modo de ser da pessoa como, por exemplo, ansiosa, depressiva ou com crenças irracionais. Já os externos independem das características do comportamento da pessoa, ou seja, acidentes que ocorrem fora do corpo e da mente (LIPP; MALAGRIS, 2001).

Para Lipp e Malagris (2001), o estresse é classificado em fases de alerta, resistência, quase - exaustão e exaustão. Na primeira fase, denominada Alerta, a pessoa utiliza mais força e energia para enfrentar a situação estressora e o organismo do indivíduo se prepara para luta ou fuga. Caso o estresse não seja excessivo, há um aumento de produtividade.

No entanto, se o estressor é contínuo, o organismo tenta readaptar-se buscando a manutenção da homeostase interna, denominada fase de resistência. Neste estágio, há uma grande utilização de energia, o que pode gerar uma sensação de desgaste, cansaço e falta de memória. Se nesse processo as defesas do organismo cedem, ele não consegue restabelecer a homeostase interior iniciando, assim, a fase de quase-exaustão. Este é um estágio mais crítico, pois as doenças começam a surgir, não tão graves como na fase de exaustão, podendo ocorrer oscilações de momentos de tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. Se o estressor for mantido, o indivíduo entra na fase de exaustão. Nesta fase, as doenças se agravam tanto em nível psicológico, quanto físico.

Borges, Luiz e Domingos (2009, p 183) trazem ainda como possibilidade de contenção desse estresse a posição de enfrentamento ou ‘*coping*’ como uma maneira de o

indivíduo lidar com recursos internos ou externos, para enfrentar e minimizar os efeitos causados pelo estresse sobre seu estado físico e emocional. Segundo o autor, o *coping* apresenta duas funções: “modificar as relações indivíduo – ambiente controlando a situação geradora de tensão ou modular a resposta emocional evocada pela situação-problema”.

A ação do estresse é ainda uma das vias utilizadas pela medicina para justificar a presença de dores não associadas a lesões orgânicas, pois estas não se apresentam contempladas no enfoque centrado na doença, como é preconizado por sua prática. No caso dessas dores, o modelo biomédico atribui como causas a associação a questões psíquicas geralmente não enfatizadas na prática médica e a aspectos sociais associados a modificações no estilo de vida dos sujeitos em questão. A abordagem é realizada de acordo com a sintomatologia e o uso de fármacos para extinção das queixas.

Moreno (2004) aborda essa questão afirmando que a dor pode ser gerada pelo sistema nervoso central, mesmo sem haver a sensibilização de receptores. Para ele algumas situações clínicas de pacientes com dor deixam claro que o encéfalo tem a faculdade de gerá-la na ausência de impulsos periféricos dos nociceptores ou da medula espinhal, como, por exemplo, a dor em membros perdidos(‘membro fantasma’) e a fibromialgia.

Apesar do vasto conhecimento desenvolvido acerca da dor pela abordagem médica atual, percebemos que esta concepção enfrenta dificuldades em desencadear uma redução dos quadros clínicos onde a principal queixa seja a dor não associada à lesão. Se a lesão não existir, percebemos que a abordagem é feita de forma reducionista, buscando deter-se apenas na queixa e não favorecendo o aparecimento das questões que possam estar evidenciando-a.

Para essas situações sua abordagem se dá de forma sintomática, não sendo trabalhado o processo de formação das queixas. Dessa forma, o sintoma apenas é mantido em contenção pelo uso de fármacos, anulando a dor que retorna novamente quando essa medicação é suspensa. Além desses casos, há a possibilidade de não haver resposta pela medicação utilizada, mantendo-se a queixa da dor. Esse processo só evidencia mais um fator que estimula a medicalização abusiva sem que a relação causal das dores seja compreendida e, conseqüentemente, impossibilitando uma atuação realmente eficaz.

Em lugar de analisar a historia e pensar na repetição de elementos traumáticos, medica-se. Em lugar de descobrir o que não foi

metabolizado na relação com o outro (para assim, através de um encontro em transferência, ajudar a criar os nexos necessários que faltaram), medica-se. Em lugar de deixar entrar novamente em ação um outro-analista (o qual pode pôr em movimento os elementos isolados e fixados no arcaico infantil que ficaram sem tramitação), medica-se. Em lugar de apelar para a análise e a descoberta, a elaboração e a construção, pretende-se encontrar atalhos para o apaziguamento da angústia. Colocando o remédio no lugar do outro, impedem-se a análise e os conflitos nas trocas simbólicas (UCHITEL, 2006, p.92).

Percebemos, então, que a abordagem utilizada é o uso de medicamentos que proporcionem a eliminação das queixas de forma rápida, mesmo que em troca seja desencadeado um processo de dependência, já que por não serem trabalhados os reais fatores desencadeantes das mesmas, essas manifestações só são mantidas em contenção se estiverem sob efeito dos fármacos.

Entendendo que se faz necessária uma ampliação de concepções no cuidado a queixas dolorosas, identificamos que já se apresenta em formação um movimento de modificações na abordagem dentro do próprio modelo biomédico. Alguns autores já consideram que há algo do sujeito relacionado à manifestação dolorosa, e, portanto, o mesmo não pode ser colocado à parte em seu tratamento.

Bastos et al (2007) ao discutir a dor em seus textos traz que a sensação de dor é bem variada e particular, pois depende da reação de cada um em traduzir as lesões reais ou potenciais. Ele coloca ainda que

Ela é provocada por um determinado estímulo, que afeta receptores especializados em dor, e emitem uma resposta. Desta forma, a interpretação da dor varia de indivíduo a indivíduo, assim como no próprio indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, sob diferentes circunstâncias (BASTOS et al, 2007, p.3)

A passagem acima traduz a objetividade do modelo biomédico ao afirmar que a dor é consequência de estímulos captados por receptores e transmitidos ao sistema nervoso, mas nos leva também a um questionamento: se ela é provocada por estímulos que geram a resposta dolorida, porque essa dor vai ter diferentes interpretações dependendo do momento da vida do indivíduo que a sente?

Esses questionamentos nos levam a analisar que o que sofre as modificações é o

sujeito e a forma como este simboliza aquela dor sentida. É a sua relação com essa sensação que sofre mudanças dependendo da representação desse sintoma, que por sua vez está associada às experiências do indivíduo. Portanto, não é possível resumir a compreensão do processo doloroso como sendo unifatorial (biológico).

Percebemos que o modelo hegemônico já está sendo questionado, até mesmo pela classe médica que anteriormente não apresentava adesão significativa a outras formas de abordagens sobre a dor. Na literatura, encontramos elementos que trazem questões sugestivas a uma nova forma de concepção dessa prática. Os fenômenos de dor são, então, entendidos como algo que consiste de componentes sensório-discriminativo, motivacional-afetivo, e cognitivos-valorativos (CRUZ; SARDÁ JR, 2003). Para os autores, essa nova abordagem, além de ampliar a compreensão das dores, enfatiza a importância dos aspectos emocionais na instalação e manifestação de processos dolorosos (CRUZ; SARDÁ JR, 2003).

Moreno (2004) concorda com essa transição ao afirmar que urge a mudança da filosofia de atendimento – hoje focado exclusivamente nas medidas de controle da doença para uma visão baseada no cuidado onde o sujeito seja ouvido ao paciente, com a utilização de uma abordagem em que haja preocupação com a integridade física e mental durante o processo no qual a ação médica se desenvolverá. O estudo e o controle da dor podem ajudar nessa mudança de atitude indispensável para se atingir os padrões de qualidade exigidos para a boa prática de saúde.

Dessa forma, entende-se a dor como um fenômeno multidimensional, e, caracterizá-la como tal significa observar e avaliar a experiência do sujeito nas suas várias dimensões, quais sejam:

Neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos receptores periféricos; psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo; cognitivo-cultural, relacionando-a a crenças, significados e comportamentos prévios a dor; comportamental, pois estressores situacionais, de desenvolvimento profissional e pessoal podem exercer influência sobre o limiar da dor; e sensorial relativa às características semiológicas da mesma. (BOTTEGA; FONTANA, 2010, p.9).

Como vimos anteriormente, a dor pode apresentar manifestações que a afastam do modelo hegemônico de assistência à saúde que se utiliza de uma terapêutica que separa o

corpo da psique. Precisamos enfatizar o sujeito não como detentor de doenças, mas como indivíduo complexo que se apresenta composto de um corpo e de uma psique intimamente associados ao sofrimento do mesmo.

2.1 Fibromialgia: abordagem médica

Para o modelo biomédico, a fibromialgia caracteriza-se fundamentalmente pela presença de pontos dolorosos no corpo, sem nenhum achado clínico que os justifique (LEITE; PEREIRA, 2003, p 97). Essas dores se apresentam generalizadas, nas regiões direita e esquerda, nas metades superior e inferior do corpo.

Só em 1990, o American College of Rheumatology fez uma padronização para o estudo dos pacientes que apresentam fibromialgia criando critérios de diagnóstico do que denominaram de síndrome, o que consiste em um conjunto de sinais, sintomas, lesões e modificações funcionais ou bioquímicas os quais formam uma entidade reconhecível em virtude de sua associação constante, seja de ter sempre a mesma causa, seja ainda porque traduzem o acometimento de um órgão ou de um sistema bem definidos (SILVA; SILVA; VIANA, 2009). Entretanto “os sintomas dessa patologia já se apresentavam, sob diversas denominações, há mais de trinta anos” (ÁLVARES; LIMA, 2010, p.804).

Além da dor, a fibromialgia apresenta também outras características:

fadiga e sono não reparador, rigidez matinal, síndrome do cólon irritável (SCI), fenômeno de Raynaud, cefaléias, parestesias, palpitações, sensação de aumento do volume articular, síndrome uretral, dispepsia não-ulcerosa, tensão pré-menstrual, incômodo psicológico como depressão e ansiedade, e queixas cognitivas como problemas de memória e incapacidade para concentrar-se (ÁLVARES; LIMA, 2010, p.804).

Devido à dificuldade de se obter as causas da fibromialgia por não haver aspectos orgânicos que a justifique, segundo esse modelo, considera-se os aspectos psicológicos como fatores desencadeadores.

Observou-se que tanto os traumas físicos como os emocionais têm sido relacionados com o aparecimento de dor generalizada em relatos esporádicos da literatura, mas não é raro que pacientes relacionem seus

sintomas a situações específicas de estresse emocional ou de sobrecarga do aparelho locomotor, como quando são submetidos a esforços, repetições, posturas inadequadas ou lesões diretas dos ossos e de partes moles. (ALVARES; LIMA, 2010, p.804)

Além desses fatores, seu surgimento pode estar relacionado também a “um evento específico, como acidente automobilístico, sobrecarga no trabalho, local de trabalho ergonomicamente deficitário, lesão por esforço repetitivo e infecção” (ÁLVARES; LIMA, 2010, p.,804).

Na visão biologicista, observa-se “uma fragmentação do ser humano, que é estudado por partes e sistemas, e não como um todo. Em consequência, nesse quadro que se desenha, aprende-se a tratar de doenças, e não de pessoas doentes, que têm uma existência biológica, psicológica e social” (TAQUETTE, 2006, p. 22).O cuidado realizado com base nesse modelo distancia-se do individuo para tratar da doença e se apresenta cada vez mais fragmentado, pondo em segundo plano o individuo e as questões que se relacionam a esse individuo em suas dimensões psico-social.

A dúvida quanto à relação psíquica com o surgimento das dores traz dificuldades até mesmo no atendimento médico a esse paciente. “Não raro esses pacientes são recebidos com insatisfação pelos médicos, pois estes se veem envolvidos em aspectos legais referentes à doença com os quais ainda não sabem lidar adequadamente” (ALVARES; LIMA, 2010, p.805).

A fibromialgia para esse modelo se apresenta como uma doença “dolorosa crônica não articular, que acomete principalmente os músculos, é a causa mais frequente de dor músculo-esquelética generalizada crônica” (PERES, 2004, p.50). Sendo utilizada a dor crônica generalizada, por pelo menos três meses, em ambos os lados, em cima e abaixo da cintura como critério para seu diagnostico (quadro 1) além de

dor esquelética axial, definida como dor na coluna cervical, porção anterior do tórax, coluna torácica, ou região lombar, também devem estar presentes. Além disso, os pacientes devem relatar dor em pelo menos 11 dos 18 pontos padronizados. (PERES, 2004, p. 50)

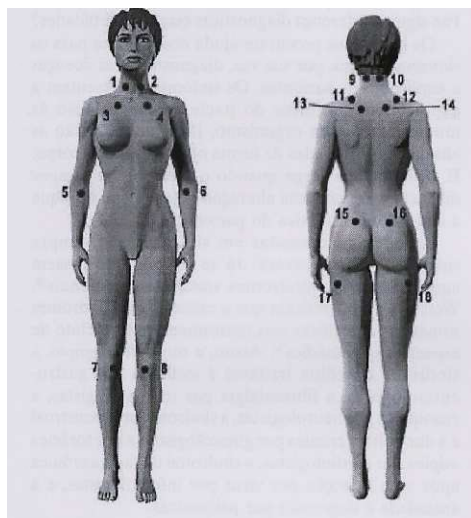
Quadro 1: Critérios Diagnósticos para Fibromialgia, American College of Rheumatology, 1990.

1. História de dor generalizada
Dor nos dois lados do corpo, acima e abaixo da cintura.
Presença de dor esquelética axial (coluna cervical, porção anterior do tórax, coluna torácica, ou região lombar).
Presença desses sintomas há pelo menos três meses
 2. Dor em ponto sensível
À palpação, usando uma força de 4kg.
Deve estar presente 11 dos 18 pontos dolorosos bilaterais.
Occipital: bilateral, na inserção dos músculos suboccipitais.
Cervical inferior: bilateral, nos aspectos anteriores dos espaços intertransversais em C5-C7
Trapézio: bilateral, no ponto médio da borda superior.
Supraespinhal: bilateral, nas origens, acima da espinha escapular e próximo à borda medial
Segunda costela: bilateral
Epicôndilo lateral: bilateral
Glúteo: bilateral, nos quadrantes superiores externos na prega anterior do músculo
Grande trocânter: bilateral, posterior à proeminência trocantérica
Joelho: bilateral, no coxim adiposo medial, próximo à linha articular
- Para diagnóstico de fibromialgia os dois critérios devem ser positivos. A presença de um segundo distúrbio na exclui o diagnóstico de fibromialgia

Fonte: PERES, Mario Fernando Prieto. Fibromialgia, fadiga e cefaléias. Revista Einstein, 2 (supl 1):49-57, 2004.

Os pontos considerados para diagnóstico da fibromialgia estão representados na figura abaixo.

Figura 1: Pontos de dor para diagnóstico da fibromialgia.



Fonte: PERES, Mario Fernando Prieto. Fibromialgia, fadiga e cefaléias. Revista Einstein, 2 (supl 1):49-57, 2004.

Para o modelo biomédico, as doenças sempre estão relacionadas aos aspectos orgânicos e a justificativa para os sintomas da fibromialgia seguem por esse mesmo viés:

Os mecanismos envolvidos na fibromialgia são alterações em neurotransmissores e neuropeptídeos moduladores da dor (serotonina, substância P), e mudanças neuroendócrinas (melatonina, eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal). As alterações genéticas, imunológicas, psicológicas e os distúrbios de sono são também considerados (PERES, 2004, p. 54).

Álvares e Lima (2010) confirmam essa ideia ao deixarem claro que só os aspectos orgânicos causariam as dores. O “defeito primário na fibromialgia é uma disfunção complexa neuro-hormonal, levando a mecanismos centrais aberrantes de dor que, sozinhos, poderiam provocar o quadro em muitos pacientes”(ALVARES; LIMA, 2010, p. 805).

Percebemos que o modelo biomédico por ter uma abordagem biologicista tende a reduzir esse quadro também a visão orgânica. Entretanto, por não apresentar uma lesão orgânica que justifique a queixa algica, esse olhar não supre todas as demandas do quadro. Mesmo quando esse modelo considera os aspectos psicológicos como fatores relevantes para o seu início, ele não os aborda em seu tratamento, então, surge a dificuldade de realmente ajudar o indivíduo já que só é enfatizado a eliminação do sintoma.

Além disso, há uma tendência a considerar a origem psíquica da fibromialgia como ‘fatores psicológicos’, considerando-os externos ao processo, mas que nesse caso se fazem atuantes. Dessa forma vaga e fragmentada é que o sujeito aparece, destituído de sua subjetividade e sem o direito de falar sem que seja voltado ao sintoma. Esse modelo, então, se distancia do indivíduo para considerar apenas o sintoma. Como consequência, temos um alto consumo de medicação para inibir as queixas, mas não possibilitando a completa extinção dos mesmos.

Como vimos anteriormente, as práticas de saúde vigentes em nossos serviços seguem o modelo hegemônico biomédico que enfatiza a organicidade dos quadros clínicos, tendo como principal objetivo a eliminação do sintoma e, dessa forma, considera-se que as queixas dos indivíduos foram resolvidas. Entretanto, entendemos que esse modelo não suporta a demanda de cuidado em casos onde a abordagem orgânica não é suficiente para a compreensão do que

está relacionado à manifestação sintomática. Diante desses casos, mesmo que a dor seja eliminada, há uma lacuna na assistência sobre os motivos que levaram ao surgimento de tais queixas e, portanto, há a possibilidade de seu retorno.

Há, então, uma dificuldade na abordagem terapêutica devido a não detecção de um diagnóstico que seja permeado pelo modelo orgânico ou multicausal. Assim, temos uma prática reducionista de assistência que associa a queixa à lesão dessubjetivando o sujeito em questão. É necessário que haja uma busca por novas práticas que valorizem o indivíduo, não limitando a assistência a uma queixa.

3 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ABORDAGEM À DOR

A clínica na saúde para Vieira et al (2011) “alberga desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença situada no corpo até um plano relacional que tem nos sujeitos e em suas existências o ponto de partida para sua abordagem” (VIEIRA, 2011, p.10). Clínica admite então diversos significados: a prática da medicina, o lugar aonde os doentes vão consultar um médico, receber tratamento ou submeter-se a exames clínicos ou radiografias (BECHARA, 2009).

Segundo essa concepção de clínica, sua prática se volta a exercer atividades que corroborem com o modelo biomédico de assistência voltada a uma abordagem biológica da queixa. Oliveira et al (2009) admitiram um posicionamento semelhante ao afirmarem que “Pouco se discute na literatura brasileira acerca do conceito de clínica em enfermagem. Quando se aborda este fenômeno, geralmente se faz de forma naturalizada como se clínica e abordagem da doença fossem sinônimos, como reza a prática médica” (OLIVEIRA et al,2009,p.523).

Nesse contexto, para entendermos o conceito de cuidado clínico de enfermagem, é necessário uma ampla discussão acerca de referenciais teórico-filosóficos que permeiam a prática de enfermagem. Retornando-se ao conceito original do termo, “(...) vem do grego *clinico*, que concerne ao leito; de *kline*, que se refere ao repouso; e de *klino*, que é relativo a inclinar, dobrar. Neste sentido, a clínica tem a função de acolher e assistir” (SOUZA,2006,p.127) , entendido como um ensinamento que se faz diante do corpo do paciente, ou seja, implica necessariamente a presença do sujeito (VIGANÒ, 1999).

Cuidar é um conceito que também precisamos re-situar, pois tradicionalmente esta prática, principalmente no contexto da enfermagem, vem sendo reduzida a acolher o paciente com garantias, sejam elas, garantias de alimento, de medicação, de sono e privacidade. (LOYOLA, ROCHA, 2000). Bressan e Scatena (2002) afirmam que o cuidar em enfermagem costuma ser feito de forma autoritária em que o cuidador faz tudo pelo outro, dominando-o, manipulando-o. O cuidador não auxilia o outro a se colocar como atuante do processo, não deixa o paciente assumir seu próprio cuidado.

O cuidado clínico de enfermagem esteve por muito tempo tendo como principal referencial teórico o modelo biomédico que consiste em analisar uma queixa pelo viés da

abordagem orgânica. Segundo esse referencial, “a dor é um sinal de aviso para evitar a lesão tecidual ou manifestar alterações sobre a fisiologia do tecido. O sistema nervoso central e periférico estão envolvidos na sensação da dor. (MONTEIRO *et al*, 2011, p.5)

Assim “o conhecimento sobre alterações fisiológicas e o avanço da tecnologia se faz necessário que este profissional esteja cada vez mais inteirado com a melhor maneira de atendimento e realizações” (MONTEIRO *et al*, 2011, p.3).

Nesse modelo, as ações de enfermagem acabam sendo voltadas para a realização de procedimentos que visem a manutenção do organismo dentro do funcionamento fisiológico, sem adoecimento. Vemos muitas vezes um profissional tecnicista que não se volta para a análise do que se faz ou não permite que o sujeito cuidado participe de sua terapêutica. Monteiro *et al* (2011) nos expõe muito bem quais as atividades do enfermeiro na assistência a dor:

O papel do enfermeiro na unidade de pronto atendimento consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento prescrito, orientar a equipe multidisciplinar sobre a continuidade do tratamento e medidas vitais para a sobrevivência do paciente. [...] É função dele implantar rotinas e protocolos, visando principalmente o manejo de medidas não farmacológicas e capacitando sua equipe sobre a administração correta de medicamentos analgésicos, anestésicos e sedativos. O enfermeiro deve ter domínio do conhecimento e habilidades técnico científicas para saber avaliar e selecionar o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. (MONTEIRO *et al*, 2011, p.6)

Rigotti (2005) nos apresenta essa ideia da execução de tarefas do enfermeiro que se afastam do indivíduo cuidado ao definir que o enfermeiro tem papel no controle da dor, responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações sobre a dor do paciente, como membro da equipe de saúde.

Quanto à abordagem da enfermagem em casos de queixas dolorosas sem lesões orgânicas, a utilização desse referencial oferece uma limitação na atuação já que a terapia medicamentosa não tem aplacado tais queixas. Na verdade, essa limitação está presente sempre que há situações onde a concepção do corpo como algo estritamente orgânico não é suficiente para o cuidado.

A expressão de dor de uma pessoa não consiste num conjunto de sinais indicativos de entidades universais que se manifestam numa massa impessoal, pois este corpo é constitutivo de um sujeito psicológico concreto e é indissociável da vivência de suas emoções, da construção de sua história, de suas relações sociais, de sua inserção na cultura e de sua maneira de construir sentidos sobre si e o mundo. (NEUBERN, 2009, p.305)

Entretanto já vemos algumas mudanças de atuação, “o enfermeiro deve reconhecer as situações de desconforto, ansiedade e prejuízos emocionais causados pela dor, objetivando o bem estar do indivíduo e o desenvolvimento adequado do cuidado de enfermagem. (MONTEIRO, et al, 2011, p.2).

Complementando esses novos caminhos, há uma boa adesão de técnicas complementares, de forma a ampliar o cuidado para além do fármaco. Entretanto, ainda não há um espaço onde o sujeito possa se colocar, ou seja, de escuta.

Tais técnicas estão relacionadas à interação existente entre dor, tensão muscular e ansiedade, o paciente com dor geralmente apresenta sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, principalmente da tensão muscular, pois a contração muscular contribui para a exacerbação da dor (SAÇA *et al*, 2010, p.37)

Sua assistência se apresenta deficiente em sua abordagem ao que recebe o cuidado, pois ou utiliza apenas o modelo biomédico, complementado pela multicausalidade, como embasamento para sua atuação e não se defini realmente qual seria a atuação da enfermagem, ou não apresentam embasamento definido e acabam restringindo sua prática a ações que se distanciam das questões peculiares ao sujeito. Em consequência, cada vez mais encontramos como responsabilidade destinada aos enfermeiros as atividades burocráticas ou administrativas, distanciando-se do indivíduo cuidado.

Sua abordagem, então, restringe-se a diminuir a sintomatologia ou tentar auxiliar no tratamento médico, distanciando-se das subjetividades de cada um, pelo que se confirma na passagem abaixo que orienta a atuação da enfermagem nesses casos voltando essa atenção ao estímulo dos sujeitos à manutenção da terapêutica “os grupos de apoio do paciente podem ser valiosos. Ouvir com atenção as descrições dos pacientes acerca de suas preocupações e sintomas é essencial para ajudá-los a fazer as alterações necessárias para melhorar a qualidade

de vida”(BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 1624).

Com a passagem acima, entendemos que muitas vezes as prioridades são estabelecidas em torno da manutenção da terapêutica estabelecida pelo médico. Há também uma referência acerca da necessidade de ouvir os pacientes. Mas o que seria esse ouvir? Será que apenas ouvir o que o sujeito fala é suficiente. É necessário que a escuta seja realizada como ferramenta de prática. Essa escuta significa estimular a fala do indivíduo, o que ele diz e por que diz. O processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se. Essa fala precisa necessariamente passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre outro para se dizer. Se o outro não está ali, há uma ausência. Somos, então, impelidos a reconhecer que, na enfermagem, não lidamos apenas com necessidades biofisiológicas, mas com a dimensão do desejo e no que ela implica de articulação com o outro.

Através da escuta pode-se desenvolver uma relação terapêutica, onde se estimula a autonomia do sujeito. O relacionamento obtido, então, “permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento” (KANTORSKI et al, 2005, p. 319).

Entretanto o que observamos é que a enfermagem ainda não apresenta de forma solidificada conhecimentos teóricos que embasem sua prática em qualquer ambiente em que estejam, no sentido de oferecer-lhes mais ferramentas de trabalho ou de planejamento do mesmo. Destaca-se a atuação improvisada, desenvolvida a partir de situações de emergência. Essa característica do trabalho de enfermagem deixa transparecer que não há planejamento ou metodologia a ser seguida na orientação do trabalho, e as saídas para os problemas vão sendo pensadas à medida que os mesmos vão surgindo (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

A prevalência do trabalho administrativo/burocrático em detrimento da interação com o paciente é outra dificuldade apontada pelo estudo. Essa é uma dificuldade do profissional enfermeiro que atende também a demanda de gerenciamento dos núcleos onde trabalham, relegando o que seria objeto de sua prática para profissionais de nível médio (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

O cuidado de enfermagem de qualidade exige um olhar diferenciado aos sujeitos, compreendendo o sofrimento psíquico como um processo composto por investimentos

subjetivos, os quais são individuais, sendo influenciados pelos contextos sociais em que os indivíduos encontram-se inseridos: tradições familiares, hábitos, costumes e crenças .

A partir do que observamos, podemos entender que se faz necessária uma prática clínica que possa abordar o indivíduo como um todo e não restringi-lo ao orgânico como fazemos atualmente. Essa modificação deve ser realizada inclusive nos campos de prática da enfermagem onde encontramos a atuação restrita ao modelo biomédico ou mesmo voltada a atividades burocráticas ou administrativas, distanciando-se do indivíduo cuidado.

Assad et al (2004) afirma que essa “deve ser uma clínica de cada caso”, em oposição às generalizações do discurso biomédico vigente.” O autor afirma ainda que “o enfoque da prática deve enfatizar a subjetividade do paciente, tornando-o capaz de ficar responsável pelo seu tratamento devido uma mudança na forma de perceber seu sintoma”(ASSAD et al, 2004, p.113).

É essa mudança na maneira que o sujeito tem de ver seu sintoma, seu sofrimento, que faz com que ele passe a se responsabilizar pelo seu tratamento, tornando-o independente de um operador. Mas não é apenas passá-lo para a posição de operador de seu tratamento, é mais que isso; é dar a ele condição de ficar nesta posição. (ASSAD et al , 2004, p. 24)

Esta concepção de clínica envolve um compromisso ético de resgate do saber inerente a cada sujeito. Essa conceituação nos permite inferir que as “intervenções terapêuticas” só são possíveis a partir da fala do sujeito. Caso contrário, caímos novamente no âmbito do modelo biomédico de entrevista que parte de um saber prévio e absoluto que coloca o paciente na condição de objeto e não de sujeito (ALBERTI; HORTÉLIO, 2006).

Surge a necessidade de uma nova forma de atuação, onde o paciente seja tratado levando em consideração as especificidades e os desejos deste, tornando-o atuante em seu próprio cuidado. Percebe-se, então, que tal mudança na forma como se dá o cuidado de enfermagem, permite o fortalecimento no sentido de ser singular e dependente das necessidades de cada paciente.

4 DOR E PSICANÁLISE

O ser humano se estrutura a partir de seu contato com a linguagem. Esta ferramenta oferece a viabilidade do contato com o mundo e com as pessoas que o rodeiam e dá significado às experiências vivenciadas pelo mesmo. Segundo Oliveira (2008, p. 80), “o sujeito é criação permanente, é um ser de necessidade, de desejos e de crenças, que se concretiza por meio da linguagem na relação que estabelece com o outro”.

Ele se relaciona com o meio a partir de suas percepções e as associa às experiências anteriores, resultando em representações com significados singulares que marcam o posicionamento do sujeito e suas individualidades. “Cada pessoa tem uma forma peculiar de reagir e de somatizar os traumas, dependendo de sua história de vida” (TAQUETTE, 2006, p.24).

A manifestação dolorosa não foge a esse contexto, traz algo do sujeito que se relaciona ao sintoma, o que confere singularidade às queixas e à sua significação. A dor vivida se configura numa construção simbólica de processos subjetivos. Sendo assim,

A expressão de dor de uma pessoa não consiste num conjunto de sinais indicativos de entidades universais que se manifestam numa massa impessoal, pois este corpo é constitutivo de um sujeito psicológico concreto e é indissociável da vivência de suas emoções, da construção de sua história, de suas relações sociais, de sua inserção na cultura e de sua maneira de construir sentidos sobre si e o mundo. (NEUBERN, 2009, p.305)

Em outras palavras, a dor não pode ser desvinculada da experiência singular com que cada sujeito a simboliza, mas deve ser compreendida nos processos de subjetivação que decorrem de sua inserção na linguagem. Entendendo sintoma psicossomático como aqueles que relacionam tanto o soma como a psique, Taquette explica que

mesmo os sintomas que não são denominados psicossomáticos têm um conteúdo psicológico latente que quase nunca é exteriorizado e cuja compreensão é desejável para a melhora da doença. Na abordagem psicossomática busca-se dar ênfase não só aos sintomas que levaram o paciente ao serviço de saúde como à compreensão do seu conteúdo latente. (TAQUETTE, 2006, p.24)

Além disso, a dor remete a algo que acomete o corpo, mas não um corpo puramente orgânico. Ela se caracteriza por uma experiência ancorada no corpo do sujeito e implica em uma sensação aversiva ou produtora de algum sofrimento. O corpo não consiste em uma entidade à parte do sujeito, mas num momento de constituição de sua subjetividade, o que explica que mesmo sem existir objetivamente, como no caso dos membros fantasmas, ainda há uma construção subjetiva de um braço ou perna que leva a sensações diversas. Porém, independentemente de sua causalidade, a dor se configura também por meio de emoções, sentidos e significados e está ligada à constituição simbólica do sujeito.

Essas questões que permeiam o sujeito geralmente permanecem em desconhecimento, mas causam manifestações que incomodam e que surgem não sendo compreendidos pelos indivíduos que as manifestam. Dessa forma, é comum a angústia de ter a manifestação sintomática e não conhecer o porquê. Não raro encontramos pessoas que relatam medo ou tristeza sem saber o motivo de estarem com tal sentimento.

A psicanálise nasceu a partir das inquietações provocada em Freud no encontro com essas manifestações de “desconhecimento” acerca daquilo que afeta o corpo. No entanto, ao invés de descartar essa dimensão como algo irrelevante, Freud decide escutar, partindo do princípio de que “isso” fala. Passa então a enfatizar as questões subjetivas, permitindo acesso ao que é desconhecido.

Essa teoria surgiu com o objetivo de “compreender algo da natureza daquilo que era conhecido como doenças nervosas ‘funcionais’, com vistas a superar a impotência que até então caracterizara seu tratamento médico” (FREUD, [1923] 1996, p.215). O estudo freudiano se iniciou em mulheres que apresentavam manifestações histéricas. Trata-se de quadros sobre as quais muito pouco se sabia e, por esse motivo, acreditava-se tratar de fingimento ou mesmo que tais manifestações eram consequências de distúrbios funcionais das partes do cérebro que, quando gravemente danificadas, levavam às paralisias orgânicas correspondentes.

essa falta de compreensão afetava também o tratamento desses estados patológicos. Em geral, ele consistia em medidas destinadas a ‘endurecer’ o paciente - na prescrição de remédios e em tentativas, na maioria muito mal imaginadas e executadas de maneira inamistosa, de aplicar-lhe influências mentais por meio de ameaças, zombarias e advertências, e exortando-o a decidir-se a ‘conter-se’. (FREUD, [1923] 1996, p.216)

O médico vienense naquele momento praticava a hipnose que era aceita como único método de acesso possível ao que acometia esses pacientes. Por meio deste método, Freud percebia que notáveis mudanças somáticas podiam ser ocasionadas por influências mentais e, conseqüentemente, identificava a existência de processos mentais que só se poderia descrever como ‘inconscientes’. O procedimento terapêutico consistia em induzir o paciente sob hipnose a lembrar os traumas esquecidos e reagir a eles com poderosas expressões de emoção. Quando isso era feito, o sintoma desaparecia. Dessa maneira, um só e mesmo procedimento servia simultaneamente aos propósitos de investigar o mal e livrar-se dele, e essa conjunção fora do comum foi posteriormente conservada pela psicanálise.

A partir daí, os estudos sobre a histeria foram sendo aprofundados e, de acordo com o paradigma médico da época, Freud e seu colega Breuer acreditaram que certas paralisias ocorridas após um trauma eram de natureza histérica. Segundo Freud, “Charcot demonstrou que, pela sugestão de um trauma sob hipnose, podia provocar artificialmente paralisias do mesmo tipo” (FREUD, [1923] 1996, p.216). Surgiu assim, a expectativa de que as influências traumáticas poderiam, em todos os casos, ter um desempenho na produção dos sintomas histéricos, conhecida como “teoria do trauma”.

A hipnose posteriormente foi abandonada como método terapêutico a partir do momento em que durante sua prática, uma das mulheres analisadas solicita a Freud que ele a escute. Foi por meio da escuta que Freud conseguiu avançar em sua teoria, levando ao desenvolvimento de questões diversas sobre a estruturação do sujeito, a forma do indivíduo relacionar-se em sociedade, a sua inserção na linguagem, entre outros conceitos, tendo como maior relevância a descoberta do inconsciente e seu possível acesso por meio da livre associação de ideias. Nasce aí a descoberta da divisão da psique do sujeito em consciente e inconsciente.

Como consciente entendemos a dimensão psíquica onde as representações são conhecidas pelo próprio sujeito. O inconsciente é a dimensão em que as experiências decorrentes de momentos passados mantêm-se de forma a não poderem ser acessadas normalmente pelo sujeito. Essa divisão do psíquico constitui a base da teoria psicanalítica, e somente ela torna possível a esta compreender os processos da vida anímica.

O inconsciente não se cala nunca, não silencia, não ajuda em nada a questão da harmonia (ASSAD et al, 2004). Isso por que aquilo que se encontra inconsciente, recalcado, acaba advindo mediante sintomas e delírios, respectivamente. “Sonhos, sintomas, lapsos, chistes, atos-falhos; fenômenos que apontam para esse “desconhecido” que habita o sujeito. E assim abre-se na palavra a dimensão do que escapa ao próprio enunciante. (FALCÃO E MACEDO, 2005, p.67)

Essa noção de inconsciente é entendida não apenas como o lugar inacessível ao indivíduo onde permanecem os conteúdos que poderiam causar desprazer ao indivíduo. É também onde se encontram as singularidades do sujeito. É nas formações do inconsciente que o sujeito aparece, deflagradas no campo do sonho, do lapso, do ato falho, do chiste ou do sintoma. Isso por que o que está recalcado acaba advindo mediante sintomas e delírios, correspondendo às formas da estruturação do sujeito na linguagem.

A técnica da associação livre que substituiu a hipnose consiste em solicitar ao indivíduo a não qualificar a sua fala. Ele deve falar sem selecionar o que diz. De acordo com Elia (2010), “Desqualificar a fala do sujeito é o equivalente a qualificar o sujeito do inconsciente como um sujeito de qualidades e é a única forma de criar um acesso precisamente pela via da fala assim proposta a que o sujeito do inconsciente possa emergir nessa fala” (ELIA, 2010, p.19).

Na abordagem psicanalítica, a partir da escuta pode-se utilizar o saber analítico como um instrumento para interrogar a lógica inconsciente subjacente sobre o que poderia ser identificado como um sintoma, ou seja, como aquilo que vai mal, que incomoda e que causa certo dano ao sujeito que dele padece.

Essa prática permite trabalhar-se a singularidade do sujeito. Essa singularidade se traduz ao entender o sujeito do inconsciente de acordo com sua inserção na linguagem e estruturação. Logo, há nas manifestações sintomáticas uma significação, ou seja, uma tentativa de retorno do sujeito do inconsciente nessa tentativa de dizer a verdade do sujeito.

Ao longo da obra freudiana encontramos alguns trechos específicos que nos permitem avançar na reflexão sobre a dor. No entanto, esses trechos não podem ser tomados de forma estanque, pois a obra de Freud pode ser considerada como um “work in progress”, um trabalho que vai se modificando a medida que novos elementos vão sendo agregados à teoria.

Nosso ponto de partida é um texto que Freud escreve ainda num momento anterior à invenção da psicanálise: “Projeto para uma psicologia científica” ([1895] 1996, vol. I, p.365). Nele, Freud se propõe a “prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição.” Trata-se de um texto muito importante para entendermos como as experiências de satisfação e de dor estão diretamente relacionadas à forma como cada sujeito se estrutura como tal, marcando o que vai ser sua relação com seu desejo, com o seu EU e com o mundo externo.

4.1 Estruturação do sujeito nas trilhas do prazer e da dor

Em “Projeto para uma psicologia científica” (1895), temos a discussão em torno da dor sendo iniciada na obra de Freud. Esse tema não esteve muito recorrente em sua obra, mas recebeu relevantes contribuições para seu entendimento. O texto traduz o olhar biologicista de um médico tentando compreender os processos psíquicos sob a ótica dos estímulos neuronais e concentração de energia (Q). Freud propõe a dissociação de energia pelos estímulos que chegam aos neurônios e a posterior descarga dessa energia acumulada internamente ($Q\dot{\eta}$), buscando neutralizá-la. Esse processo foi denominado de princípio da inércia. Uma das possibilidades de descarga se dá pela fuga do estímulo, havendo aqui a proporção entre a quantidade de excitação ocasionada pela energia acumulada e o esforço requerido para tal ação.

Os estímulos podem ser tanto externos como internos. No caso dos últimos, não há a possibilidade de fuga, “eles cessam apenas mediante certas condições, que devem ser realizadas no mundo externo (por exemplo, a necessidade de nutrição.)” (FREUD, [1895]1996, p.349). Descreve-se aqui o que Freud denomina de ações específicas, sendo essenciais para a manutenção da vida. Para a realização dessas ações, é necessário um esforço geralmente maior que a energia interna ($Q\dot{\eta}$) acumulada por tratar-se de urgências da vida.

Devemos lembrar que todo esse processo obedece ao propósito de evitar que o sistema nervoso fique carregado de energia interna ($Q\dot{\eta}$), reduzindo-a ao mínimo possível. Então nesse sentido, estímulos com alta energia acumulada seriam conduzidos de neurônio a neurônio até as células motoras onde ocorreria a diminuição dessa energia por meio de descargas. “O princípio da inércia explica a dicotomia estrutural [dos neurônios] em motores e sensoriais, como um

dispositivo destinado a neutralizar a recepção de $Q\dot{\eta}$, através de sua descarga” (FREUD, [1895]1996, p. 348).

Toda essa construção apresenta a tendência do organismo de manter-se em estado de prazer, buscando a descarga da quantidade de energia ($Q\dot{\eta}$) excessiva e assim fugindo do desprazer originado por esse acúmulo. Assim, a satisfação está associada à sensação de descarga desse quantitativo. É nesse contexto que Freud (1895) inicia as discussões sobre a dor.

Para o autor, o processo de dor está associado ao aumento de energia, causando a sensação de desprazer. Para Freud (1895), trata-se de uma possível falha nos dispositivos de proteção, incluindo a possível fuga desses estímulos. “A dor aciona tanto o sistema ϕ como o ψ , não há nenhum obstáculo à sua condução, e ela é o mais imperativo de todos os processos” (FREUD, [1895]1996, p.359).

Nesse caso, o autor nos fala que qualquer excitação, mesmo resultante dos órgãos dos sentidos, tende a se transformar em dor se o estímulo aumentar. Por outro lado, a dor também pode estar associada à quantidade de energia externa pequena, mas que seja excessiva para alguns grupos de neurônios. A experiência da dor em si seria provocada por uma estimulação vivida como excessiva pelo aparato nervoso. E isso deixaria marcas, de tal maneira que poderia haver a reprodução dessa vivência ou de sensações semelhantes (FREUD, [1895]1996).

O que ocorreria nessa reprodução não seria uma experiência nova de invasão e excesso em si de energia, e sim uma recordação, sendo esta da ordem de uma percepção capaz de provocar a vivência da dor em si. Aqui surge a ideia de repetição. Essa repetição também buscará satisfações anteriores que representem um alívio ao desprazer que era experimentado pela tensão acumulada. As experiências de satisfação cria uma espécie de “trilhamento”. São imagens mnêmicas formadas a partir da estimulação dos neurônios que serão reativadas futuramente no retorno ao elemento inicialmente inscrito e que se associa à satisfação.

Freud (1895) nos explica que o estado de desejo refere-se à busca por essa satisfação. Portanto, quando há fixação de energia que desencadeie a lembrança de um objeto responsável por essa satisfação, ocorre a descarga acompanhada de uma satisfação inferior a inicial, já que não se trata do mesmo objeto, mas de ideia imaginária.

Processo semelhante ocorre referente à dor. Há uma facilitação da criação de uma imagem do objeto causador de uma dor anterior e que se associa a um neurônio. Caso esse seja

estimulado novamente por qualquer razão, vai ser viabilizado o surgimento de uma sensação dolorosa semelhante a inicial. “Este estado inclui o desprazer e a tendência à descarga que corresponde à experiência da dor” (FREUD, [1895]1996, p.372). Freud complementa ainda que essa imagem desprazerosa pode ser abandonada. Esse processo foi denominado de recalque.

a explicação deve estar no fato de que as experiências primárias da dor foram eliminadas pela defesa reflexa. A aparição de outro objeto, em lugar do hostil, foi o sinal para o fato de que a experiência da dor estava terminando, eo sistema ψ , pensando *biologicamente*, procura reproduzir o estado de ψ que assinalou a cessação da dor (FREUD, [1895]1996, p.374, grifo do autor).

O texto Projeto para uma psicologia científica (1895) nos explica ainda que estímulos muito fortes podem causar acúmulo de energia ($Q\dot{\eta}$) em mais de um neurônio por vez. A aproximação entre esses neurônios, que se refere a uma fixação colateral, atrai o sentido de deslize do impulso. Esse processo consiste em uma das formas de proteção para que seja evitado o desprazer. Vamos imaginar que um estímulo deveria seguir do neurônio a para o b. Entretanto, o neurônio b está associado a uma imagem mnêmica hostil e levaria ao desprazer. Nesse caso, se a energia modifica seu curso devido a presença de neurônios com acúmulo de energia colaterais, a sensação de desprazer é evitada ou diminuída. Freud denominou esse processo de defesa primária. “Quanto mais intenso for o desprazer, mais forte será a defesa primária” (FREUD, [1895]1996, p.376).

Tomemos o exemplo de Freud (1895) para entendermos melhor esse processo. Vamos considerar que uma fixação de energia referente ao desejo, ou seja, buscada, se relaciona ao neurônio a + o neurônio b, e aquela que se refere a percepção de um novo estímulo com o neurônio a + neurônio c. Esse exemplo traduz a relação do acúmulo de energia entre um estímulo já ocorrido e que deixou suas imagens mnêmicas e outro que traz parte de seu conteúdo semelhante a esse preexistente. Como a experiência que deixou os traços mnêmicos está relacionada aos neurônios a + b, tende-se buscar estímulos que repitam essa fixação de energia, buscando a obtenção de prazer. Entretanto, o mais comum será a obtenção de estímulos que mantenham uma parte da experiência prévia (neurônio a) sendo associado agora a outro neurônio, no caso o c. A porção que se repete, neurônio a, será identificada pela linguagem como coisa (algo inominado) e a outra parte, neurônio b, trata-se do predicado, do atributo. Então, nesse caso em que há a repetição de um dos neurônios, as conexões do

neurônio c “mediante uma corrente de $Q\eta$ ao longo dessas conexões, faz surgir novas catexias até que se encontre acesso para o neurônio b desaparecido” (FREUD, [1895]1996, p.381). Assim esse neurônio é novamente alvo de acúmulo de energia.

Essa percepção é relevante para a compreensão de que certos fatos podem remeter a processos anteriores por terem parte de seu estímulo sendo repetido e, assim, parte de uma satisfação anterior é novamente vivenciada.

Ainda considerando a migração de dissipação dessa energia, pode ocorrer o encontro dela com um neurônio associado a uma lembrança de dor, repetindo a sensação de desprazer. Esse será o indicativo de que esse neurônio, causador de desprazer deve ser evitado. Nesse momento, Freud concebe esse aparelho como regulado pelo princípio do prazer. Sua ordem é dada na busca pela sensação de prazer sendo esse entendido como resultante da tentativa de “manter baixa a quantidade de excitação, então qualquer coisa que seja calculada para aumentar essa quantidade está destinada a ser sentida como adversa ao funcionamento do aparelho, ou seja, como desagradável” (FREUD [1920] 1996, p.19).

Entretanto, no texto “Além do principio do prazer” (1920), Freud destaca que nem sempre o que causa desprazer é alvo de fuga. Essa condição é ilustrada por uma brincadeira de um bebê em que ele joga seu brinquedo para fora de seu campo de visão, dizendo ‘o-o-o-ó’, e puxa-o novamente, dizendo ‘da’. Nessa simples brincadeira, o autor identificou que a criança repetia o ato da mãe sair e retornar. Trata-se, então, de uma tentativa de repetição das sensações sentidas nos momentos vivenciados com sua mãe. Quando ele faz o brinquedo desaparecer e diz o-o-o-ó, ele refere a ‘fort’ em alemão que se traduz por ir embora. Quando ele faz ressurgir o brinquedo e diz ‘da’, ele refere-se ao sentido de ali, retorno.

Freud identificou que no primeiro ato, o bebê apresentava satisfação e no segundo, maior prazer era representado. Apesar de o prazer estar associado ao segundo ato, o primeiro era mais frequente. Além da busca pela satisfação, a repetição da brincadeira oferecia também a possibilidade de controle de algo que lhe é externo. Então, ao fazer o brinquedo sumir e reaparecer, ele torna-se ativo no processo. Trata-se de uma compulsão à repetição, caracterizada pela busca da satisfação gerada por um ato anterior, mas que, como sabemos, não ocorre plenamente por ter sua intensidade diminuída em comparação à inicial. (FREUD, [1920] 1996).

Podemos inferir acerca desse exemplo que a repetição não está presente exclusivamente para quadros que tragam satisfação. Especificamente tratando do texto “Além do princípio do prazer” (1920) essa foi sua maior contribuição. A partir de seus estudos, Freud considerou à compulsão à repetição para além de um princípio regido unicamente pelo prazer. Ao contrário, o que causa desprazer conscientemente, pode apresentar um conteúdo de prazer inconsciente. Confirmamos isso na brincadeira do bebê que repete também um ato de desprazer ao gerar o desaparecimento do brinquedo, sendo este mais frequente. O ato, portanto, caracterizou desprazer sem recusar o princípio do prazer por causar satisfação também (FREUD, [1920]1996).

É possível reconhecer, na mente inconsciente, a predominância de uma ‘compulsão à repetição’, procedente das moções pulsionais e provavelmente inerente à própria natureza das pulsões – uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio de prazer, emprestando a determinados aspectos da mente o seu caráter demoníaco e ainda muito claramente expresso nos impulsos das crianças pequenas; uma compulsão que é responsável, também, por uma parte do rumo tomado pelas análises de pacientes neuróticos. (idem, *ibidem*, p.297)

Freud percebe, então, que não havia uma predominância da obediência ao princípio do prazer. O exemplo citado acima refletia uma situação também identificada durante os atendimentos clínicos de seus pacientes que também buscavam experiências que causam desprazer.

Entender essa explicação com carga biologicista do funcionamento psíquico demonstrado por Freud se faz relevante para se compreender o processo de estruturação do sujeito diante das experiências vivenciadas por ele e sua relação com a dor. O que está em jogo em toda essa descrição neurológica que Freud nos apresenta no “Projeto para uma psicologia científica” e no “Além do princípio do prazer” vai se constituir no material que ao longo dos anos fundamentará a teoria psicanalítica.

Dando seguimento a construção de sua teoria, Freud considerará, posteriormente, a dor como um mecanismo de manifestação da construção simbólica do indivíduo, de forma a entendermos que a sensação de dor é específica ao que sente. Assim, mesmo situações semelhantes não vão originar dores iguais em indivíduos diferentes, pois a percepção da mesma depende de como isso é simbolizado.

A divisão psíquica do indivíduo em linhas gerais em consciente e inconsciente proposta pela psicanálise não é concebida desde o início da formação do mesmo. O sujeito se constitui, não nasce e não se desenvolve. Este vai se estruturando de acordo com as representações simbólicas do mesmo, no campo da linguagem.

Toda produção do campo do sentido é da ordem simbólica, seja ela falada ou não. Um gesto, uma expressão do rosto, do corpo, uma dança, um desenho, tanto quanto uma narrativa oral, serão produções simbólicas, regidas pelo significante, e assim, ditas *verbais*, por estarem na dependência do verbo *significante*, e não por serem expressas por via oral (ELIA, 2010, p.21).

A simbolização na constituição do sujeito se inicia em uma ordem social onde o ser humano se insere antes mesmo de seu nascimento em um mundo que o precede e o espera, tendo criado as condições de possibilidade de sua inserção. Inicia-se então sua apropriação da constituição humana. “O sujeito só pode se constituir em um ser que, pertencente à espécie humana, tem a vicissitude obrigatória e não eventual de entrar em uma ordem social a partir da família ou substitutos” (ELIA, 2010, p.39). Sem isso ele não só se tornará humano como também não permanecerá vivo.

Para a manutenção da vida do bebê, é necessária a presença de um adulto que cuide e que viabilize a realização de atividades essenciais para a manutenção da vida humana, como o ato de comer, e que foram denominados por Freud (1895) como ações específicas.

Durante a espera de seu nascimento, a família já realizou planejamentos ou criou expectativas que traduzem um significado referente aquele ser que está a caminho, ele já ocupa um lugar nesse núcleo e, portanto, já está presente na linguagem. “O ser humano chega ao mundo e se insere na ordem humana que o espera, que não apenas precede sua chegada como também terá criado as condições de possibilidade de sua inserção nesta ordem” (ELIA, 2010, p.38). Dessa forma, foram feitas escolhas que trarão consequências na inserção dessa criança nesse núcleo familiar. Essa concepção define inicialmente o mundo no qual o bebê se inserirá (FINK, 1998).

Nesse contexto, o bebê dependerá do outro para a sua inclusão no mundo e também será essa dependência a responsável pela sua inserção na linguagem, pois inicialmente ele não identifica o significado das coisas, mas aqueles que o acolheram tratarão de dar significado.

Temos como exemplo o choro do bebê, serão aqueles que cuidam dele que definirão como fome, sono ou dor. É a partir do contato com outro que ele também definirá suas experiências (FREUD, [1895]1996). “O que a mãe transmite é, primordialmente, uma estrutura significativa e inconsciente para ela própria (ela não sabe o que transmite, para além do que ela pretende deliberadamente transmitir), e não poderia ser simplesmente o conjunto de valores culturais (ELIA, 2010, p.40)”.

Quando um bebê nasce, o indivíduo representa apenas um portador de necessidades. Entretanto, essas necessidades nunca são experimentadas sem o intermédio da linguagem. As experiências que temos (exigências, proezas, debilidades, doenças, dor) só se fazem através do campo de significação, do sentido. Pelo fato de sermos falantes, somos marcados pela linguagem.

A mediação do significativo faz com que experimentemos nossa condição orgânica não como um todo, não no peso de uma unidade vital, em bloco, mas por fragmentos, pedaços, com os quais sonhamos, imaginamos, fantasiemos, enfim, representamos para nós próprios. (ELIA, 2010, p.46)

A condição essencial da intervenção de adulto necessária à sobrevivência do bebê, Lacan denominou de desamparo fundamental. A “ajuda alheia” considerada se dá a partir de movimentos do bebê na busca pelo outro, como o grito da criança com fome. “Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*” (FREUD, [1895]1996, p.370, grifo do autor).

Nessa condição de desamparo descrita, a ajuda na realização da ação específica por um agente externo causa interiormente ao desamparado a atividade necessária para a eliminação do estímulo endógeno que gerou essa demanda. “A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo” (FREUD, [1895]1996, p.370).

Entretanto, posteriormente à satisfação das necessidades, haverá a necessidade da repetição da experiência de satisfação que aquele ato gerou para o bebê. Ocorre, então, a transferência do objeto da necessidade trazido pela mãe (como o leite para a alimentação) para o objeto de desejo como busca da repetição de uma satisfação inicial. “A criança passa a querer

a coisa trazida e aquele que a traz” (ELIA, 2010, p.52). A mãe passa então ser desejada não sendo o próprio objeto de desejo, mas um meio para a obtenção dessa satisfação buscada.

Além do início da descoberta da linguagem, há também nessa etapa a iniciação das sensações advindas da sensibilização do corpo do bebê. Essa sensibilização é relatada por Freud como início da percepção da sexualidade do corpo. A concepção da criança como ser de sexualidade é trazida por Freud nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905). Nesse texto, ele traz a criança com pulsões parciais emanando das zonas erógenas, que se constituem apoiando-se em funções vitais, tendendo à satisfação autoerótica.

A sensibilização se realizará por meio dos toques que aquele que cuida do bebê pratica durante as atividades rotineiras. Refere-se ao toque a pele ou mesmo genitais que ocorrem no cuidado. Segundo Freud (1905), algumas regiões de acordo com a idade, terão o seu caráter erótico fortalecido ao sensibilizarem tais regiões. A oralidade é a primeira. Quando o bebê nasce, tudo gira em torno da boca. Sua satisfação ocorre por meio de cuspir, morder ou sugar. Percebemos que essa primeira sensação evidencia as relações da criança com a mãe e não se encontram restritas à satisfação de necessidades vitais.

Ainda em seu texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), Freud nos apresenta a satisfação do bebê por meio do toque da boca, região erógena, com o seio da mãe, levando ao contato com o fluxo de leite. Inicialmente essa satisfação se coloca em decorrência da necessidade de alimentação. Entretanto, mais tarde, essa prática é requerida mesmo em situações que não estejam associadas à alimentação, como o ato de dormir. Essa separação entre o objeto de necessidade e de desejo está mais perceptiva quando o ato de alimentar-se não se restringe apenas a prática de sugar, mas o bebê mantém as mesmas práticas de outrora.

Freud (1905) complementa ainda que ao ver uma criança saciada recuar do peito e cair no sono, com as faces coradas e um sorriso, há de dizer que essa imagem persiste também como norma de expressão da satisfação sexual em épocas posteriores. Outras regiões ainda apresentarão essa conotação erógena, como o ânus e mais tarde a região genital.

Há comumente a identificação do ato de chupar o dedo ou outras áreas como também satisfação do prazer experimentado durante a amamentação. Freud (1905) nos explica que o mesmo se serve de uma parte própria de sua pele como alvo do sugar, pois possibilita uma segunda área erógena mesmo de menor intensidade, já que a boca aqui atua como a primeira,

assim como lhe possibilita também o controle de seu prazer, já que o meio externo ainda não lhe é possível controlar.

O uso do próprio corpo como objeto de satisfação [...] confere à sexualidade infantil uma qualidade de auto-suficiência. Na fantasia do bebê, o dedo é o substituto do seio materno e, assim, ele passa a não depender mais do outro para sua satisfação (COSTA, 2010, p.24). Nesse sentido, ela poderá refletir também nas práticas após tornar-se adulto.

O interessante dessa relação de satisfação é que há uma tendência à repetição do ato que lhe proporcionou tal prazer, no sentido de busca pela mesma sensação em momentos posteriores. O psiquismo “procurará reencontrar o objeto segundo as linhas em que ele foi registrado psiquicamente. Ele [Freud] denomina essa busca como desejo” (ELIA, 2010, p.51). Aqui retomamos diante da estruturação do indivíduo a compulsão à repetição apresentada anteriormente.

Entretanto, o aparelho não registra o objeto em si. O que ele guarda são traços que representam atributos do objeto que ficou associado à aquela experiência de satisfação. Eles relacionam-se entre si por simultaneidade. Mas não guardam consigo toda a experiência. Apenas parte dela. A outra parte resta como perdida, impossível de ser apreendida. É essa parte perdida que Lacan denominará como objeto *a* (referente a ‘*autre*’, outro em francês) que será buscado como objeto de desejo. “O objeto *a* é o objeto causa do desejo, aquele que, por incidir como faltoso na experiência, causa o desejo do sujeito” (ELIA, 2010, p.54).

As inúmeras tentativas de buscar o objeto (que na verdade tem a estrutura de um furo, um vazio) e a divisão operada pela entrada na linguagem terminam por fazer algo destacar-se: a falta. Compreendemos que o objeto de desejo é inexistente, existindo apenas o objeto causa de desejo. O objeto faltante (*a*) causa o sujeito não o completa.

Pudemos ter um entendimento inicial de como a estruturação do sujeito ocorre durante seu processo de desenvolvimento. Entretanto, a abordagem à dor nos solicita também uma compreensão de como essa queixa pode se manifestar como sintoma e para tanto será necessário à discussão de conceitos essenciais para a teoria psicanalítica.

4.2 Dor como manifestação sintomática

A dor para a teoria psicanalítica também é entendida como sintoma, mas não algo estritamente biológico. O que vai interessar à psicanálise é como o sujeito diz a sua dor. Retomando a origem etimológica da palavra sintoma ('Sin' = junção e 'Tomo' = pedaços), aqui o sintoma também vai, inicialmente, apresentar-se como uma queixa endereçada ao analista. Mas ao contrário do especialista que já sabe de antemão a resposta, o analista vai transformar essa queixa em enigma: o que isso quer dizer? O que isso quer? Essa questão remete o sujeito ao seu desejo, pois o que se supõe é que o sintoma responde a uma satisfação de um desejo.

Para Freud, o sintoma contém uma dimensão de linguagem, tratando-se de uma mensagem do inconsciente a ser lida. Um “símbolo mnêmico”, dizia Freud; uma “metáfora”, definiu Lacan. Considerando o inconsciente como estruturado a partir de linguagem, é uma forma do inconsciente se expressar.

A forma como o corpo é marcado pelo significante e expresso na forma de sintoma deve ser pensado na relação do sujeito com o Outro. O sintoma como mensagem interroga o desejo do Outro nas entrelinhas do que o sujeito recebe como demanda. Mas o sintoma só se estabelece como mensagem se o que vem do Outro puder ser interpretado. Assim, “o emissor recebe do receptora mensagem em sua forma invertida. Trata-se então de buscar no Outro o saber não sabido que constitui o sujeito do inconsciente, pelo qual se afirma o determinismo simbólico” (RÊGO BARROS, 2004, p.3).

O sintoma será então considerado como um modo de satisfação substituta de um gozo que não existe, que não pode ser encontrado, mas que será buscado naquilo que represente um traço do objeto causador de uma satisfação inicial. Devido à sua representação de mensagem, o sintoma será pensado como a forma humana de estabelecer um laço social.

A partir desse texto ‘Além do princípio do prazer’ (1920), Freud foi levado a considerar a compulsão à repetição como marca do sintoma. Os sintomas resistem ao dizer; não cedem, se repetem. Essa representa uma proposta revolucionária, pois traz à tona a discussão acerca de ser apenas o bom que pode trazer prazer ao homem, lhe fazer bem. Esse texto leva à conclusão do contrário. Miller(1997) reitera que “se o eu visa o prazer, o sujeito do inconsciente visa o desprazer, já que o masoquismo é primário”. Confirmado pelo segundo tempo da fantasia (inconsciente) de “Bate-se numa criança” (1919): “Eu sou

espancado por meu pai”, ou seja, a posição primitiva de gozo do sujeito é masoquista

Inicialmente os sintomas para Freud estavam associados a traumas físicos que apresentavam um excedente energético e após ocorrerem mantinham o fato ocorrido como traço de uma memória e retornavam na forma de sintoma. Ele considerava que os sintomas ocorriam quando uma grande carga de afeto e de emoção ficava reprimida, geralmente associado a circunstâncias desses traumas. Além disso, acreditava-se que os pensamentos perturbadores e conflituosos eram mantidos no inconsciente, mas apesar de reprimidos, levavam a um grande sentimento de culpa e ansiedade que acabavam interferindo na atividade mental consciente, consumindo energia psíquica vital.

Posteriormente, o trauma físico foi abandonado e considerou-se o trauma sexual como origem dos sintomas devido a queixas que as histéricas, atendidas por ele, traziam. Todas relatavam um trauma sexual. Entretanto, Freud abandonou essa teoria por perceber que se esses traumas fossem reais, todos os pais seriam pervertidos.

A partir daí, Freud considerou que tais traumas sexuais, que ele acreditava serem reais, na verdade correspondiam a construção de uma fantasia. Estavam associados ao estímulo do corpo proporcionado por estimulações durante a infância, como o toque dos pais quando bebê. Dessa forma, entendemos que a realidade no inconsciente é a realidade psíquica, estruturada em fantasia inconsciente. Não há realidade dissociada de ficção, esta permeia a verdade.

O sintoma traz em si o sentido de mensagem do inconsciente. É um meio de retorno de um conteúdo desconhecido ao sujeito e que vai representar a significação de uma falta anterior. O sentido do sintoma possui relação com as significações das vivências do indivíduo. É o retorno à consciência do conteúdo que se encontra recalcado no inconsciente.

Nesse momento, faz-se necessário realizarmos uma breve explicação acerca do processo de recalque e o conceito de pulsão. O recalque trata-se de um estado em que a pulsão sofre resistências que impedem sua ação. Mas o que seria essa pulsão? A pulsão foi introduzida por Freud em seu texto ‘Pulsões e destinos de Pulsão’ (1915b), no qual fazendo uma analogia com a abordagem fisiológica, em que um estímulo externo vai desencadear no organismo uma resposta ao exterior por meio de uma ação, ela poderia ser entendida como um estímulo para o psíquico. Entretanto, essa analogia não nos oferece de todo uma percepção real de pulsão, já que há estímulos psíquicos que se comportam de forma semelhante a estímulos fisiológicos

como uma luz forte, por exemplo.

A pulsão não se comporta como um estímulo fisiológico. Não provem do mundo externo, e sim do interior do indivíduo. Além disso, ela age como uma força constante e não pontual. Por essa razão, uma fuga motora, que seria eficiente na eliminação de um estímulo vindo do meio, não se faz suficiente para interromper a pulsão, que continuaria a exercer uma ação constante. É exatamente essa propriedade que permite a diferenciação entre estímulos internos e externos.

A melhor denominação para o estímulo pulsional é o termo ‘necessidade’ e a tudo aquilo que suspende essa necessidade denominamos ‘satisfação’. Essa satisfação só seria alcançada por meio de uma alteração direcionada e específica (isto é, adequada) da fonte interna de estímulos. (FREUD, [1915b] 2004, p. 146)

Sua fonte é de natureza biológica e impõe ao sistema nervoso, já que este tem a função de livrar-se dos estímulos, a ação de assumir atividades complexas e articuladas umas com as outras para que tente eliminá-la. Entretanto, tal ação não tem efeito sobre a pulsão. Essa imposição é feita com o objetivo de se obter a saciação das fontes internas de estímulos e para tal interferem no mundo externo, alterando-o.

Além disso, elas impõem também ao sistema nervoso a condição de ir contra sua função e não conseguir eliminar todos os seus estímulos já que ela mesma não é cessada. Isso nos permite entender que essa atividade dinâmica das pulsões como único estímulo constante e infundável é que realmente permite o progresso do nosso sistema nervoso com nossa capacidade de realização, ao alto grau de desenvolvimento, e não os estímulos externos como poderíamos supor.

Como sabemos que uma fuga não seria eficiente em interromper sua ação, há formas psíquicas de barrar a pulsão, mas esse processo não é controlado pelo indivíduo. Esse mecanismo ocorre como forma de evitar o desprazer gerado pela meta pulsional ao invés de prazer, entretanto há sempre prazer na satisfação pulsional. Então, o prazer obtido deveria ser transformado em desprazer.

A relação entre recalque e inconsciente se dá de forma bem estreita. Ele ocorre como forma de repelir o que causa desprazer para fora da consciência, mantendo-o afastado. Dessa forma, a condição para que o recalque ocorra é que o desprazer gerado seja maior que o prazer

gerado a partir da satisfação pulsional. Esse mecanismo de defesa não está presente desde o início, seu surgimento só pôde acontecer a partir da separação entre a atividade mental consciente e a inconsciente.

Esse processo não impede a pulsão de continuar existindo no inconsciente. Ela continua a se organizar e formar novas representações com formação de ligações. Ela apenas permanece afastada do consciente. No inconsciente, sua atividade é intensa encontrando formas de expressão que são desconhecidas ao sujeito. “Essa força pulsional enganosa é o resultado tanto de um desdobramento desinibido da representação na fantasia quanto do acúmulo ocorrido quando a satisfação foi impedida” (FREUD, [1915b] 2004, p. 179).

Exatamente esse conteúdo que a psicanálise aborda. Durante a prática, solicita-se que o sujeito represente por meio da fala as derivações do que foi recalçado que possam ser explicitadas sem serem barradas pela consciência. Elas vêm por meio de ideias espontâneas e são as representações derivadas afastadas e distorcidas. A partir do que se fala, pode-se construir uma representação consciente do representante recalçado.

O recalque é altamente individual, cada representação recalçada pode ter seu destino específico. Portanto, podemos compreender que as preferências das pessoas, assim como seus ideais, se originam das mesmas percepções e experiências que os objetos por ela odiados, e mais originalmente tais objetos se diferenciavam uns dos outros apenas por meio de pequenas alterações.

Além disso, seu processo também é móvel. Não deve ser entendido como algo enrijecido que ocorre uma vez e não sofre mutações. Ao contrário, ele necessita de um dispêndio contínuo de energia para sua manutenção. Isso ocorre porque o conteúdo recalçado permanece em constante pressão em direção ao consciente, que deve ser equilibrada por uma força contrária. Caso esse equilíbrio não se mantenha, sua eficácia estaria comprometida, sendo necessário outro processo de recalque.

Ao considerar que uma pulsão se encontra recalçada, muito pouco se disse sobre ela. Ela pode estar em diferentes estados: pode estar inativa (pouco investida de energia psíquica) ou pode estar investida em graus alternados e estar potencialmente apta para a atividade. Essa ativação não inviabilizará o processo de recalque, mas iniciará processos que objetivam seu retorno ao consciente. Pode ocorrer que uma pulsão não sofra recalque mesmo possuindo um

conteúdo propício para gerar desprazer por meio de um conflito com um conteúdo consciente dominante. Esse processo é entendido ao considerarmos a quantidade de energia dessa representação. O fator quantitativo de energia é relevante na construção do recalque. Assim, um aumento do investimento de energia produz uma aproximação com o inconsciente e uma diminuição, um distanciamento. Nesse caso, em vez de ser produzido o recalque, pode-se apenas diminuir o aspecto incômodo da pulsão.

Os sintomas são derivados do recalco que afinal conquistaram o acesso à consciência que antes lhe era negado. É o retorno do reprimido. Sua linguagem é a linguagem do inconsciente. É a forma de representação pulsional que não cessa de buscar expressão. Esse retorno do recalco pode ocorrer sob várias formas:

1) 'formações de compromisso' (formas que o recalco adota para ser admitido na consciência de modo a conciliar o desejo inconsciente e as operações da defesa); 2) 'formações substitutivas' (formações que substituem econômica e simbolicamente o desejo inconsciente), e 3) 'formações reativas' (atitudes ou hábitos opostos ao desejo inconsciente que adquirem valor de sintoma pelo que representam de compulsivo, de rígido e de forçado) (UCHITEL, 2006, p.147-8).

Essa manifestação é uma maneira do sujeito conseguir lidar com a castração. Paradoxalmente, "é uma defesa, é uma maneira do ser humano se defender de seu universo pulsional e das vicissitudes e perigos da vida, mas também é doença quando se opõe à transformação, ao movimento, apesar dos sofrimentos que acarreta" (OCARIZ, 2006, p.248). Por essa defesa, pode-se entender também como resistência, ou seja, a dificuldade de se acessar o conteúdo inconsciente.

Existem casos em que todo o peso recai sobre as experiências sexuais da infância, casos em que essas impressões exercem um efeito definidamente traumático. Paralelamente a esses casos, existem outros nos quais toda atenção recai sobre os conflitos posteriores e verifica-se que a ênfase dada às impressões da infância aparece como sendo inteiramente obra da regressão e de forma superficial.

Então, o sintoma surge como substituto da satisfação frustrada da libido e como regressão da mesma a épocas da infância. Essa regressão se dá até o momento de satisfação dessa libido. O sintoma repete essa forma infantil de satisfação, de uma forma geral, transformada em uma sensação de sofrimento. O tipo de satisfação tem em si muitos aspectos

estranhos ao sintoma.

A importância das experiências infantis não deve ser totalmente negligenciada, como as pessoas preferem, em comparação com as experiências dos ancestrais da pessoa e com sua própria maturidade; pelo contrário, as experiências infantis exigem uma consideração especial. Elas determinam as mais importantes conseqüências, porque ocorrem numa época de desenvolvimento incompleto e, por essa mesma razão, são capazes de ter efeitos traumáticos (FREUD, [1917b] 1996, p.367).

O sintoma traz a marca do desejo, mas também a marca do interdito, acolhendo o desejo, mas também o proíbe. “Ele frustra, barra, interdita o desejo, cuja realização o colocaria na borda do prazer, mais do gozo, de um prazer máximo sem limite, sem freio” (UCHITEL, 2006, p.153).

Freud nos explica que a regressão se dá até o momento de satisfação libidinal em nossa infância. Nesse caso, esse momento de satisfação era o período de amamentação. Entretanto, quando o indivíduo, anos após, repete o ato de beber leite, é gerada uma sensação de aversão até mesmo de repulsa, pois este indivíduo já passou pela experiência do desmame que gerou traumas não existentes no período da infância em que ele mamava. A aversão é intensificada até a repugnância quando o mesmo entra em contato com a película formada sobre o leite. Isso ocorre, pois pode favorecer uma associação ao seio da mãe de forma mais aproximada.

Não interessa se os fatos narrados são fidedignos aos fatos ocorridos, pois, o relevante é o que se relata e como se relata e não se o paciente criou essas fantasias por si mesmo. Essa circunstância dificilmente terá significação menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contêm suas fantasias. “A fantasia se interpõe entre o sujeito e a pulsão; ela mascara a pulsão, veste o gozo em ornamentos imaginários.” (OCARIZ, 2006, p.253)

Retornando ao processo de formação dos sintomas, a manifestação sintomática pode ocorrer de três formas diferentes. Freud (1915a) traz essa diferenciação e nos apresenta esses exemplos desses três tipos de sintomas: sintoma fóbico, sintoma histérico e sintoma obsessivo.

O sintoma fóbico se apresenta como o medo de algo, que se apresenta como resultado de um deslocamento da relação libidinal de um objeto para outro. A pulsão que estava associada a uma relação libidinal direcionada ao pai, como também o medo do filho em relação

ao mesmo, sofre recalque, tornando-se então conteúdo inconsciente. A libido é extraída da consciência, desaparecendo também seu objeto, o pai. Entretanto, esse conteúdo retorna na forma de um forte medo, tendo agora como objeto um substituto adequado para servir de objeto do medo. O sintoma então se manifestou como medo de um animal conseqüente ao processo de deslocamento, ou seja, a relação com o pai foi transferida para o animal. A tendência à satisfação da libido manteve-se, agora com outro objeto. Então o medo entrou no lugar de uma demanda amorosa do filho em relação ao pai. O recalque ocorrido não foi eficiente, pois sabemos que ele ocorre para impedir a satisfação de uma pulsão que com isso trará desprazer. Nesse caso, a pulsão manteve-se a sua satisfação apenas modificando o objeto.

Já o sintoma obsessivo, manifesta-se de forma diferente do que foi apresentado anteriormente. O recalque de início tem sucesso absoluto na retirada da consciência a representação pulsional, excluindo a libido. Após isso, ocorrem formações substitutivas e sintomas, que nesse caso não coincidem. Porém, esse sucesso no recalque não se mantém. A libido que havia desaparecido retorna transformada em medo social, em medo da própria consciência moral e na forma de uma repreensão impiedosa. A representação pulsional rechaçada é substituída por meio de um deslocamento para algo menor, ocorrendo uma substituição por deslocamento. Ocorre também a tendência a restaurar a representação pulsional recalçada, para o formato anterior ao recalque. O trabalho de recalque da neurose compulsiva resulta, portanto, numa luta constante.

O sintoma histérico, por outro lado, é resultante de um processo de recalque que permite a completa dissolução da emoção. O indivíduo demonstra indiferença diante dos sintomas gerados. Entretanto, algumas vezes o recalque não tem um resultado tão eficaz quanto à dissolução da carga afetiva da pulsão e algumas sensações podem surgir juntamente com outros sintomas. Assim, a pulsão torna-se conteúdo inconsciente surgindo como substituinte e como sintoma uma inervação que pode ter natureza sensória ou motora. Esse sintoma pode atuar como excitação ou inibição. “Num exame mais detido, o local ultra-inervado revela-se como uma parcela de próprio representante pulsional recalçado, a qual, por condensação, atraiu todo o investimento para si” (FREUD, [1915a] 2004, p.185). O recalque na histeria só se viabiliza em nome de diversas manifestações substitutivas. Entretanto, seu objetivo, evitar o desprazer, é conseguido com sucesso.

Nesse estudo, trabalhamos com a hipótese de considerarmos os quadros que a medicina intitula de “fibromialgia” como um sintoma histérico. Sendo assim, iremos nos deter mais nesse último tipo clínico.

4.3 Sintoma Conversivo

O sintoma surge como consequência de um conflito onde de um lado temos um conteúdo inconsciente sobrecarregado energeticamente que busca liberar esse excedente de energia e de outro lado a força constante mantida pelo processo de recalque que tenta manter esse conteúdo isolado no inconsciente. Entretanto, a possibilidade de retorno à consciência obtido por esse conteúdo é a formação do sintoma.

Temos, então, a transformação dessa energia que passa de seu estado de sobrecarga intolerável para outro estado de sofrimento, já que é responsável por gerar sintomas neuróticos. A energia se transforma, mas o efeito de desprazer ocasionado, não. Esse mecanismo gera as três manifestações neuróticas conhecidas, sendo diferenciadas apenas pela representação para a qual a sobre carga energética se volta após a modificação em seu estado. Essa carga energética se volta então para dois estados diferentes que vão desencadear as diferenças entre os três tipos de neurose:

o estado primário corresponde ao momento em que ela investe a representação intolerável (cena traumática); e o estado secundário corresponde ao momento em que ela investe uma representação qualquer, pertencente ao pensamento (obsessão), ao mundo externo (fobia) ou ao corpo (histeria). (NASIO, 1991, p.29)

O sintoma conversivo consiste em transformação de uma carga sexual intensa que pode atuar como excitante ou inibidor e gerar um sintoma somático. É uma transformação de um excesso de energia que passa do psíquico (onde se apresenta como uma representação intolerável) para o somático, conservando sua excessividade e gerando ou hipersensibilidades ou inibições sensoriais e motoras. Um sintoma conversivo é a expressão simbólica de um conflito intrapsíquico, ocorre nos sistemas neuromuscular voluntário ou perceptivo sensorial e tem como função expressar e descarregar a tensão emocional, decorrente do conflito (CAMPOS; RODRIGUES, 2005).

Diferentemente do fenômeno psicossomático, no qual a função do órgão afetado se encontra prejudicada, havendo enfermidade do corpo e não havendo inscrição do significante no inconsciente. “A somatização não é uma tentativa de expressar emoções, é a própria expressão das emoções, a resposta fisiológica, ou melhor dizendo, o concomitante ao nível do corpo das emoções” (CAMPOS; RODRIGUES, 2005, p.304). Na somatização por fenômeno psicossomático e não conversivo, a situação de conflito – geradora de emoção – é suficiente para originar transtornos funcionais, e estes, repetidos e persistentes, por sua vez, alteram a vida celular, acarretando a lesão orgânica e suas complicações.

Tal fenômeno da conversão “consiste na transposição de um conflito psíquico e uma tentativa de sua resolução em sintomas somáticos, motores, por exemplo, uma paralisia ou sensitivos, uma anestesia ou dor acentuada” (CAMPOS; RODRIGUES, 2005, p.303). No caso das histéricas, o conteúdo psicológico que produz a resposta orgânica é inconsciente e expressa simbolicamente, por meio do corpo, conflitos, representações mentais reprimidas. “Os sintomas corporais “falam” sobre os conteúdos das representações reprimidas, deformadas pelos mecanismos defensivos do ego”. (CAMPOS; RODRIGUES, 2005, p. 303)

A localização onde o sintoma surge está relacionado ao trauma inicial. Não obrigatoriamente ocorreu um trauma nesta região no campo real, mesmo porque o trauma pode ser completamente fantasístico e assim não poderia acometer algum órgão. O que ocorre é que a região foi acometida pelo trauma, mesmo que no campo da fantasia, e transformada em uma imagem inconsciente. Quando a energia intensa do trauma se desloca para o somático, ela vai se localizar no órgão que se apresenta reflexo da imagem inconsciente. Esse processo pode ser resumido na sequência:

Parte do corpo atuante no trauma → imagem inconsciente → sintoma conversivo na região.

Essa relação do corpo no trauma e sintoma conversivo nem sempre está relacionado a um mesmo corpo. A criança pode perceber como parte do corpo relacionado ao trauma o braço de um adulto e mais adiante, quando surgirem os sintomas histéricos, seu braço ser alvo do sintoma conversivo. Seremos mais claros nesta explicação utilizando-se de um exemplo. “Se na cena traumática de sedução, ouvem-se os gritos indignados de uma testemunha – tomemos o caso de uma mãe horrorizada que surpreenda as apalpadelas do padrasto no corpo de sua filha -,

o sintoma somático de conversão assume a forma de uma inibição de voz (afonia) que, mais tarde, atinge a filha transformada em histérica” (NASIO, 1991, p.29)

Percebemos que o sintoma conversivo é uma tentativa de retirar a carga energética do conteúdo traumático que se encontra no inconsciente, mas acaba destinando essa energia ao corpo, gerando manifestações somáticas, ou seja, sofrimento. O motivo de seu sofrimento não mudou, apesar da modificação na carga energética. Seja no nível psíquico, seja no nível do corpo, ele sofre por ser habitado por um excesso inassimilável. Assim, vemos que o que causa a histeria é a concentração de quantidade excedente de carga energética em um elemento isolado, podendo ser uma imagem inconsciente ou um órgão alvo do sintoma conversivo.

4.4 Fibromialgia: Abordagem psicanalítica

A fibromialgia, enquanto categoria nosológica não se apresenta como alvo de discussão da psicanálise. Nem poderia, tendo em vista que esta não se interessa por doenças, mas, sim, pela forma como cada sujeito diz o seu sintoma. Entretanto, é possível encontrarmos trabalhos que aproximam essas duas questões. Leite e Pereira (2003, p.100) nos trazem uma aproximação da síndrome com a teoria psicanalítica e afirmam que consideram “a fibromialgia como um fenômeno que pode inscrever-se em uma organização de personalidade psicossomática ou histérica”.

A fibromialgia consiste em dores difusas pelo corpo não associadas à lesão orgânica. Em seus casos mais severos, a dor é tão forte que paralisa o indivíduo, exacerbando seu caráter limitante. Seu diagnóstico é feito exclusivamente baseado nas queixas do sujeito. Essa manifestação tende a nos intrigar quanto ao seu significado já que estamos tratando de um corpo aparentemente sadio, mas que apresenta dores a ponto de paralisar o indivíduo. Nesse caso, percebemos que as similaridades com o quadro de histeria nos permitem associá-la a tal como forma de uma manifestação contemporânea da mesma.

Propomo-nos, então, a analisá-la sob a luz dessa teoria por apresentar-se semelhante ao quadro de histeria devido às diversas dores e outras queixas que também se apresentam nesse caso. Dessa forma, percebemos que a síndrome da fibromialgia se relaciona de forma mais próxima com o conceito do sintoma conversivo do que com a somatização, já que sua característica principal, a dor generalizada, não está relacionada a nenhuma lesão orgânica.

Freud destinou muitos textos para abordar a temática da histeria que permitiu o desencadear de toda a sua teoria. Em tais publicações ele pôde desenvolver a descrição das manifestações apresentadas na histeria, principalmente em 'Histeria' (1888) e 'Estudos sobre a Histeria (1893-1895) aos quais nos detemos para descrever os sintomas presentes na histeria.

Freud (1888) afirmava que as manifestações históricas têm a característica de serem exageradas. Uma dor histórica é descrita como extremamente dolorosa; uma anestesia e uma paralisia podem, com facilidade, tornar-se absolutas ou uma contratura causa a maior retração realizada pelo músculo. As áreas sensíveis podem estar muito próximas de áreas sem alteração. A paralisia pode acometer um membro sem que seja acometido o outro membro do mesmo lado do corpo.

Os sintomas da histeria, em suas paralisias e demais manifestações somáticas, não obrigatoriamente obedecem à organização anatômica humana. Melhor dizendo, a histeria desconhece completamente essa organização. As lesões são uma alteração da concepção e da ideia sobre certa parte do corpo. Um indivíduo pode queixar-se de dor em um órgão, por exemplo, do lado oposto de onde este órgão se localiza.

Juntamente com os sintomas físicos da histeria, pode-se observar uma série de distúrbios psíquicos. Esses distúrbios psíquicos são alterações no curso e na associação de ideias, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão dos sentimentos etc. Pode-se acrescentar que na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, e que os pacientes históricos funcionam com um excesso de excitação no sistema nervoso, excesso que se manifesta ora como inibidor, ora como estimulante.

Em Estudos sobre a Histeria(1893-1895), Freud aprofunda suas reflexões sobre a dor. Afinal, suas heroínas, tal como ele se refere a suas pacientes de então, queixavam-se, entre outros sofrimentos, de dores na cabeça, no rosto, nas pernas, ou mesmo por todo o corpo.

Assim como a histeria, no século XIX, a fibromialgia vem denunciar que algo precisa ser dito, revelado, colocado em palavras. Afinal é um corpo que fala, que dói. A medicina ao se deparar com isso diagnostica baseado em sintomas e prescreve medicamentos. Como se a dor de viver aparecesse como dor física e pudesse ser medicada, curada com um analgésico.

A aproximação com a histeria se dá devido os diversos fatores que relacionam a

fibromialgia a esse quadro tão extensamente abordado nos primórdios da teoria psicanalítica. Inicialmente percebemos que a fibromialgia sofre certo descrédito da classe de profissionais já que seus sintomas não podem ser confirmados por meio de exames e o diagnóstico é exclusivamente pelas queixas. Slompo e Bernardino (2006) relatam que pessoas que apresentavam dor generalizada e uma série de queixas mal-definidas não eram levadas a sério e que seus sintomas eram tomados por alguns como imaginários ou desprezíveis, e cita que ainda hoje tais sintomas dividem opiniões.

A mesma falta de simpatia também foi descrito por Freud em relação à histeria, no começo do século XX:

[...] com o rótulo de histeria pouco se altera, portanto, a situação do doente, enquanto para o médico tudo se modifica. Pode-se observar que este se comporta para com o histérico de modo Completamente diverso que para com o que sofre de uma doença orgânica. Nega-se conceder ao primeiro o mesmo interesse que dá ao segundo, pois não obstante as aparências, o mal daquele é muito menos grave. Os histéricos ficam privados da simpatia dos médicos, pois esses os consideram transgressores das leis de sua ciência. (FREUD, [1909a] 1996, p. 29)

Sabemos que a origem da fibromialgia está relacionada à interação de fatores genéticos, neuroendócrinos, psicológicos e distúrbios do sono. Peres (2004) complementa ainda que diferentes fatores isolados ou combinados podem favorecer a manifestação do quadro, dentre eles doenças graves, traumas emocionais ou físicos. Freud (1893-1895) também associou a histeria aos traumas psíquicos, antes de desenvolver sua origem relacionada à pulsão sexual.

As dores sempre estiveram presentes nas descrições dos casos clínico de Freud como afirma Melman (2003, p. 115), “... sempre foi uma particularidade histórica colocar dores na cena clínica, que não têm fundamento orgânico. É uma tradição absolutamente milenar” . Tal característica é o que define o diagnóstico da Fibromialgia: dores difusas pelo corpo, fadiga crônica, distúrbio do sono, rigidez muscular, parestesias, cefaléias, síndrome do cólon irritável, fenômeno de Raynaud e distúrbios psicológicos, especialmente a ansiedade e a depressão. Agora, retomando a histeria, Freud (1893-1895) em seus “Estudos sobre a histeria” descreve todos esses sintomas.

Freud relatou o papel fundamental que a sexualidade apresenta na etiologia da histeria,

bem como a relação com a feminilidade. Tal fato parece ter relevância na fibromialgia, pois, por volta de 90% dos seus casos são de pacientes do sexo feminino (PERES, 2004), fato também encontrado na histeria em que as manifestações eram predominantes em mulheres.

Quanto às histórias de vida, percebemos que tanto na histeria, no final do século XIX, quanto na fibromialgia, trata-se de histórias sofridas, perdas e queixas muito semelhantes. Como se seu corpo doído referisse de forma metafórica a surra que levaram da vida (CALLIGARIS, 2001).

Freud (1893-1895) traz alguns casos clínicos que relatam o sofrimento psíquico que se associam aos sintomas.

No *Caso I*, de *Anna O.*, 21 anos, os sintomas descritos são: dores de cabeça; contratura e anestesia das extremidades; sentimento de angústia, sendo marcantes o seguintes fatos de sua história: dedicou toda sua energia para cuidar do pai que veio a falecer; ajudava pobres e doentes; era conhecida pela bondade e consideração para com os outros; um dos seus traços de caráter era a generosidade e solidariedade. No *Caso II*, de *Emmy von N.*, 40 anos, os sintomas descritos são: depressão; insônia; dores por todo corpo; sensação de frio e dor na perna. De sua história, diz ter sido perseguida pelos parentes do marido; e as expectativas de infortúnios que não paravam de atormentá-la. No *Caso III*, da *srtta. Lucy R.*, 30 anos, os sintomas são: depressão; fadiga; analgesia geral. No *Caso IV*, da *srtta. Katharina*, 18 anos, os sintomas são: “nervos ruins”; falta de ar; crises de angústia – acha que vai morrer; zumbido na cabeça. Finalmente, no *Caso V*, da *srtta. Elizabeth Von R.*, os sintomas são: dores de caráter indefinido; fadiga dolorosa; dores irradiantes; músculos sensíveis à dor; hiperalgia muscular; fibras endurecidas. De sua história, destaca-se que sentia-se responsável pela felicidade da mãe; e que cuidou do pai enfermo até a sua morte. (SLOMPO; BERNARDINO, 2006, p.271)

Relatos semelhantes aos identificados por Freud foram observados em uma pesquisa com mulheres diagnosticadas com fibromialgia e que realizam tratamento em um ambulatório de fibromialgia. Nessa oportunidade perceberam que os relatos eram semelhantes entre si e se referiam a pessoas que cuidam de tudo e todos; que se sentem responsáveis pela felicidade do outro; que sofreram perdas financeiras ou de saúde, entre outros.

L.R. 48 anos, que sempre cuidou do marido doente e que agora sofre com a fibromialgia, diz: “agora que estou cada vez pior ele está cada vez melhor”. E.K. 45 anos, cuidou da sogra esclerosada de quem sofreu

abusos físicos e verbais por 13 anos, além de cuidar dos filhos, da lavoura. Hoje diz sofrer por não poder mais dar conta de tudo, a dor física a impede. A.M. 52 anos, descreve ter pertencido a uma cadeia de abusos, primeiro sofria com o pai alcoólatra, depois com o marido violento, agora é do chefe que reclama. Diz sempre ter conseguido dar conta de tudo, criou seus filhos sozinha, no momento as dores da fibromialgia a tem impedido. C.S. 43 anos, descreve perdas financeiras sofridas há mais de vinte anos como se tivessem ocorrido há poucos dias, sofre com suas reminiscências da falência no corpo com a fibromialgia. (SLOMPO; BERNARDINO, 2006, p.272)

Por fim, após abordar os dois quadros clínicos, comparando seus sintomas, fatos, assim como semelhanças entre os casos descritos por Freud e os escutados no ambulatório de fibromialgia por Slompo e Bernardino (2006), pode-se confirmar a nossa hipótese de que a fibromialgia não é uma doença recente, e sim um sintoma histórico contemporâneo.

5 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Como vimos, a teoria psicanalítica vem propor uma forma de atuação em que, a partir da fala, cada sujeito possa se assenhorar da verdade do seu desejo, sua verdade inconsciente. Ela vem possibilitar o aprofundamento no entendimento da estruturação psíquica do indivíduo, permitindo que o sujeito fale e expresse o que está envolvido no surgimento de suas queixas. Essa possibilidade só foi viabilizada a partir da mudança de posicionamento de Freud, afastando-se da condição biológica de um médico neurologista e indo em direção ao que era dito, aos significantes que permeavam a manifestação de sintomas de suas pacientes. Caon (1994) afirma que a mudança de posicionamento de Freud se deu, pois as perguntas que ele endereçava aos seus pacientes, não eram passíveis de serem respondidas já que seu interesse era voltado para o desejo, o gozo, a constituição de experiências situadas para além delas mesmas, ou seja, para além de um sistema nervoso central.

Freud não criou apenas uma forma de pensar esses processos, visando apenas tratar os sintomas manifestados na condição humana. Ele oferece também uma proposta de organização dos dados coletados, de reflexão e escrita acerca desses achados, que se refere tanto à prática clínica como à pesquisa. Nesses dois contextos, há a utilização dos conceitos primordiais para a abordagem psicanalítica no que concerne à discussão dos achados.

A psicanálise, então, não aborda a pesquisa com o olhar similar às pesquisas propostas pelo modelo acadêmico, tendo a objetividade e a imparcialidade como ênfase. Isso gera questionamentos e críticas acerca da validade desse método proposto por Freud e denominado por pesquisa psicanalítica. Referente a esse movimento, Corvo (1999) afirma:

Acusar a psicanálise de carecer da precisão e exatidão de uma metodologia científica implica uma confusão entre o método e o fenômeno do qual ela se ocupa, sendo tão injusto, para não dizer absurdo, como sugerir que a cirurgia é muito sangrenta, nadar é muito úmido ou a proctologia é muito suja (CORVO, 1999, p. 437).

Iribarry complementa ainda que a pesquisa em psicanálise não poderia exigir uma sistematização completa, exatamente por trabalhar com a imprevisibilidade do inconsciente. Segundo o autor, durante a análise é priorizado o estilo e a singularidade daquele que se coloca como analista. “Assim é com a pesquisa psicanalítica. Ela é sempre uma apropriação do autor

que depois de pesquisar o método freudiano descobre um método seu, filiado a essa vertente e o singulariza na realização de uma pesquisa” (IRIBARRY, 2003, p.117).

O conceito de inconsciente surge aqui como espaço de saber não sabido, algo que diz respeito a uma experiência anterior, mas que invade o sujeito atualizando-se seja na sua dimensão corporal (sintoma histérico) ou no próprio plano do pensamento (sintoma obsessivo). O inconsciente freudiano refere-se à outra razão, que funciona segundo leis próprias.

O acesso ao inconsciente é possibilitado por ferramentas criadas por Freud que também caracterizam a base para a atuação clínica: associação livre de ideias e atenção flutuante, que demonstram o rigor da pesquisa durante a escuta dos significantes do sujeito que fala (BARTH, 2006). A associação livre consiste em um método de trabalho em que o indivíduo traz em sua fala os elementos que envolvem a manifestação do inconsciente, e, portanto, necessita que seja realizado de forma livre, seguindo as ideias que vão surgindo e nesse sentido são feitas as ligações entre os significantes presentes.

Vilanova (2001) aponta que os limites impostos pela fala apontam uma impossibilidade de significação última, considerando os limites da linguagem quanto à possibilidade de significação única. “A psicanálise se ocupa do impossível de suportar a partir das formas que ele ocupa no dizer. Ouvir o sujeito é recusar a satisfação que pode ser alcançada na compreensão. Trata-se exatamente de restituir aos ditos do paciente sua parte de enigma” (VILANOVA, 2001, p.47).

Faz-se relevante, então, a escuta ao indivíduo, admitindo este como ser de desejo marcado por sua inserção na linguagem. Embasado por essa concepção, o profissional toca o corpo e o sintoma por meio da palavra, pois sendo o sujeito estruturado pela linguagem quando a intervenção é no inconsciente, o corpo é afetado pela própria fala do sujeito (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002). Faz-se emergir pela fala outra dimensão de sua existência, algo que surge a partir do conteúdo inconsciente que produz significações e que se manifesta de forma desconhecida. Uma escuta que valorize a verdade do inconsciente, fazendo com que o seu sintoma crie um sentido para si mesmo.

No que concerne ao rigor exigido pela crítica à pesquisa psicanalítica, concordamos com Barth(2006, p.73)ao considerar que a ausência de rigor alegada não procede, já que seu rigor não está marcado pelos aspectos de controle da pesquisa. Mesmo não havendo

ferramentas de controle como nos demais processos investigativos, o rigor se presentifica na extrema preocupação do pesquisador em se deixar levar pelo campo do inconsciente, mascando sua posição subjetiva.

A pesquisa psicanalítica também se diferencia dos outros tipos de pesquisas com abordagens qualitativa ou quantitativa em dois outros aspectos. Primeiro, não é possível inferir uma generalização dos resultados, seja para a amostra ou para a população, devido a singularidade dos achados imposta pela impossibilidade de previsão do inconsciente, De acordo com Iribarry (2003) “os resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto que torna a pesquisa pública” (Iribarry, 2003, p.117). Segundo, porque suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o signo, mas sim com o significante.

Saussure (1990) questiona a definição linguística que afirma o signo como algo que une uma palavra a um objeto. Ele considera que o signo une um conceito a uma imagem acústica, mas não como som físico, e sim como sua impressão psíquica, a representação desse som para os sujeitos. Então o objeto se associa não à palavra, mas ao som produzido.

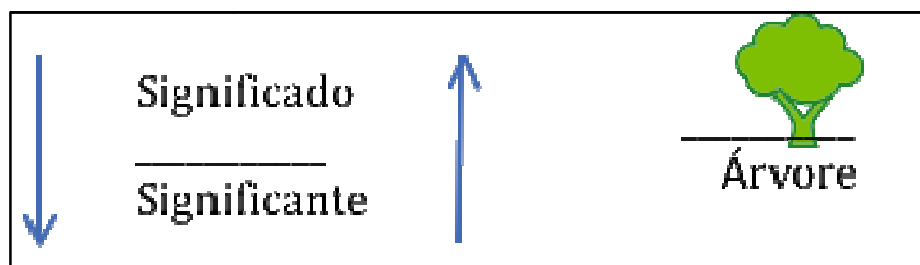


Figura 2 – signo linguístico em Saussure

Para o autor, o signo possui algumas propriedades relevantes para a sua compreensão. Primeiro, trata-se de algo arbitrário “arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhuma ligação natural na realidade” (SAUSSURE, 1990, p.83). Segundo, trata-se de algo imutável considerando a tradição imposta pela comunidade linguística. Entretanto, considerando a dimensão tempo, esse signo pode sofrer alteração, sua terceira característica. “A alteração do signo é o resultado da prática social da língua ao longo do tempo. Se é por ser imutável que o signo linguístico pode perdurar, é também por perdurar no tempo que ele pode

alterar-se” (DOR, 1993, p.33).

Lacan vai tomar essa teoria do signo linguístico em Saussure para falar do funcionamento inconsciente, mas vai inserir aí algumas modificações. Em primeiro lugar, ele inverte as posições conferindo ao significante sua primazia, já que o inconsciente funciona a parte de combinações de significantes, dando pouca importância ao significado. Em segundo lugar, ele elimina as setas radicalizando na propriedade de arbitrariedade do signo, que a partir de então, passa a não ser mais imutável, mas sim, polissêmico, prestando-se à dubiedade, ao engano.

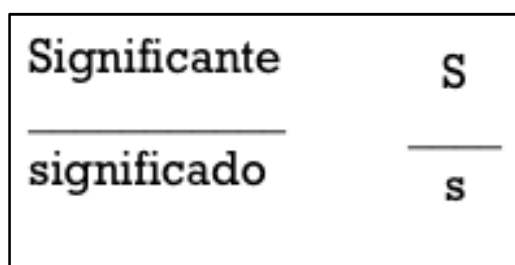


Figura 3 – Signo linguístico em Lacan

Lacan nos mostra que o discurso se forma em duas linhas: no eixo das operações metafóricas (comparação) e no eixo das operações metonímicas (redução). A metáfora e a metonímia nos levam à “idéia fundamental de Lacan da supremacia do significante e as suas conseqüências com relação às formações do inconsciente” (DOR, 1993, p.35).

Iribarry (2003) afirma que uma imagem acústica articulada pode estar ligada a dois significados, produzindo dois sentidos diferentes. Utilizando o exemplo de Saussure (1990) essa afirmação fica mais compreensível: Eu aprendo — Eu a prendo.

Ainda segundo Iribarry é “o contexto da cadeia falada que irá circunscrever a significação, ou seja, o contexto irá delimitar a significação, estabelecendo o sentido. O contexto é um conjunto de outros signos e a realidade do signo só existe em função dos outros signos” (IRIBARRY, 2003, p.119). Para Saussure (1990) há um “corte” incidindo sobre o fluxo de pensamentos e sobre o fluxo de sons, que forma a cadeia falada onde a linguagem se estabelece por uma série de divisões: “uma idéia se fixa num som, ao mesmo tempo que uma seqüência fônica se constitui como significante de uma idéia” (SAUSSURE,1990, p.38).

A discussão acima nos permite inferir o porquê da pesquisa em psicanálise utilizar o significante como ferramenta e não o significado. Entendendo o signo como o que une o objeto a imagem acústica, percebemos que não se faz relevante considerarmos o significado do que é dito, mas como é dito. Nesse sentido, o significante pode estar associado a um sentido e de acordo com o sentido do inconsciente estar relacionado a outro sentido do qual se aproxima pela fonética do que foi dito. Expressões semelhantes foneticamente podem estar associadas mesmo tendo significados completamente destoantes. Entendemos que o som do que é dito traz mais sentido de acordo com a verdade do inconsciente do que o significado, pois a ideia estará marcada pelo som.

Assim o signo nos oferece conhecimentos acerca do mundo. Entretanto, quando se trata do inconsciente, que se estrutura por meio da linguagem, o signo não pode garantir a destinação de algo que “deveria ser significado para o sujeito” (JURANVILLE, 1986, p.38). Ao contrário, o signo marca, justamente, com a primazia de um significante que se antecipa ao sujeito, a clausura desse sujeito na realidade de um mundo ligado à consciência (Iribarry,2003).

Lacan (1998) propõe uma linguagem baseada a partir da primazia do significante. Um significante que não impede a associação à determinado significado. “O significante, então, será diferente do signo — que está necessariamente ligado à realidade do mundo — pois só é significante para determinado sujeito em determinada situação (Iribarry,2003). O significante lacaniano “é o inconsciente enquanto recorre a uma outra ordem que não a do mundo — o sintoma, por exemplo” (JURANVILLE, 1986, p.49). Um significante remete a outro significante, formando uma cadeia, numa sincronia que difere da diacronia do pensamento consciente (FINK, 1998).

Dessa forma, o sintoma, a alucinação, o sonho, enfim, as formações do inconsciente são tomadas na sua dimensão significante, entendido como aquilo que representa um sujeito para outro significante. Por isso, no contexto da análise algumas expressões serão marcadas durante a fala do sujeito como o aquilo que marca sua fala e seu corpo de acordo com o sentido fornecido pelo inconsciente. Essas expressões são denominadas por Lacan (1998) de pontos-de-estofa. Trata-se de uma operação em que o “significante detém o deslizamento, de outra forma indeterminado e infinito, da significação” (LACAN, 1966, apud DOR, 1993, p.39).

Dor (1993) complementa que o ponto-de-estofa demonstra que a relação do significante com o significado é sempre fluida, sempre prestes a se desfazer, tendo apenas alguns pontos de sentido. Para Lacan (1966, apud DOR, 1993), a delimitação da significação fica circunscrita ao conjunto da sequência falada e não a unidades elementares sucessivas.

Iribarry (2003) complementa ainda que a significação do ponto-de-estofa poderá ser dada somente com o último termo, sendo cada termo antecipado na construção dos outros. Assim,

Podemos adiantar, portanto, como faz Lacan, que é sempre retroativamente que um signo faz sentido, na medida em que a significação de uma mensagem só advém ao final de sua própria articulação significante. Esta dimensão retroativa do sentido é materializada no esquema do ponto-de-estofa [...] (DOR, 1993, p.40).

A escuta, portanto, se faz essencial para que esse tipo de pesquisa ocorra, pois somente a partir dela teremos os significantes que venham a dar sentido ao que o outro não consegue exprimir completamente. Entretanto, há elementos do pesquisador que são colocados nessa relação. Bergés e Balbo (2001) comentam sobre a relevância daquele que escuta ter consciência de sua incompletude. Silveira (2003) complementa que “para que alguém seja capaz de escutar um outro, é preciso que se deixe surpreender, que admita que o que é dito por um outro lhe produz falta. É preciso haver-se com a questão do desconhecimento” (SILVEIRA, 2003, p.39).

5.1 Percurso metodológico da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa em psicanálise, modalidade em extensão, que possibilita trabalhar com material proveniente de entrevistas, biografias, filmes, tratando-se de uma construção teórica de um ensaio metapsicológico não proveniente de atendimento clínico.

O ensaio metapsicológico consiste na construção de um relato a partir dos significantes encontrados, na identificação dos pontos de estofa de cada sujeito. A partir dos dados coletados por entrevistas, biografias ou diários, o pesquisador define de acordo com os significantes abordados na fala do sujeito uma organização, construindo um ensaio teórico. Consideramos teórico, pois parte da abordagem dada pelo pesquisador para a construção daquela rede de significantes, o que não obrigatoriamente deverá estar de acordo com o sentido

do inconsciente do sujeito em questão.

As principais características que definem o método a ser realizado foi explicitado por Caon (1994) ao expor que

A característica essencial que singulariza o pesquisador psicanalítico é o campo, o objeto e o método de sua pesquisa. Este campo é o inconsciente. O objeto é o enfoque ou perspectiva a partir de uma posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico, a fim de aceder ao inconsciente. O método é o procedimento pelo qual ele se movimenta pelas vias ou perspectivas de acesso ao inconsciente (CAON, 1994, p.23).

5.1.1 Sujeitos e campo da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por mulheres diagnosticadas com a Síndrome da Fibromialgia e que frequentam um projeto de assistência terapêutica multidisciplinar realizada em uma universidade particular de Fortaleza. Escolhemos o público feminino por este apresentar mais frequentemente essas manifestações dolorosas. Utilizamos como um dos critérios de escolha ser diagnosticada com fibromialgia devido ao favorecimento que o diagnóstico oferece na busca por mulheres que sofrem de quadros dolorosos. Mas é necessário explicitar que não trabalhamos enfatizando esse diagnóstico e sim a significação da dor para o sujeito acometido.

Acreditamos que o despertar do interesse em participar da pesquisa foi desencadeado a partir do momento em que houve um estabelecimento de uma proximidade que convidou o sujeito a falar. Objetivamos durante a coleta oferecer um espaço de autonomia em que os participantes puderam falar e a partir de seus significantes evidenciar a sua relação com a dor.

Inicialmente realizamos uma oficina para convidá-las a participarem, momento em que trabalhamos algumas questões pertinentes à síndrome. Posteriormente, a medida que o interesse de cada um lhe convidava a se aproximar da pesquisa, fomos agendando os horários para as entrevistas. A maioria foi aproximando-se diante do interesse em participar, sem que fosse necessário abordá-las, mas algumas foram convidadas e prontamente aceitaram. Da mesma forma, as que foram convidadas e não quiseram participar, tiveram seu desejo respeitadi sem que houvesse prejuízo na execução das atividades no serviço. Dessa forma de

15 mulheres, cinco participaram com duas entrevistas cada. Ao iniciarmos as entrevistas, explicamos novamente sobre nossos objetivos e seu desenvolvimento. Tivemos como critérios de inclusão:

1. Diagnóstico clínico de Fibromialgia;
2. Ser mulher e ter mais de 18 anos;
3. Participar das atividades disponibilizadas pelo serviço;
4. Ter interesse em participar da pesquisa.

Após essa etapa inicial, trabalharemos com um caso biográfico a partir da vida de uma mulher que teve sua vida marcada por episódios de dores e que soube representar seu sofrimento em sua pintura, Frida Kahlo. Escolhemos essa artista por valorizarmos seu papel como referência de feminilidade e de arte a partir da dor.

5.1.2 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para obtenção dos dados utilizamos uma entrevista aberta, que consiste em um instrumento com uma pergunta norteadora, mas que autoriza a inclusão de novos questionamentos. Em nosso caso, utilizamos apenas uma pergunta norteadora (me fale sobre o que você veio buscar nesse serviço?) a partir da qual iniciamos a entrevista sendo, quando necessário, acrescidas outras perguntas que viabilizaram atingir os objetivos. Entretanto, nosso intuito foi permitir a aproximação da coleta com ferramentas utilizadas pela teoria psicanalítica como a atenção flutuante do pesquisador e a livre associação de ideias, que consiste na fala sem um delineamento dado pelo pesquisador ou pelo pesquisado, mas obedecendo a ordem em que as ideias surgem, pois acreditamos que no deslizar de significantes pela cadeia, poderemos nos aproximar do sentido do inconsciente associado às queixas resultantes da fibromialgia. Tal entrevista foi considerada sob a inspiração das questões preliminares utilizadas pela teoria psicanalítica e, portanto, sofrendo inspiração dessa teoria como ferramenta de obtenção e leitura dos dados.

Esses momentos foram gravados em aparelho MP3, com posterior transcrição das mesmas. Com esse instrumento, buscamos perceber os significados atribuídos aos sintomas algícos dessas mulheres, visando à associação de elementos às manifestações dolorosas no que

se refere a: reação frente aos problemas quotidianos, rotina diária, manifestações presentes, momentos em que a dor se manifesta ou tem seus efeitos aumentados ou atenuados; terapêuticas utilizadas pelas pacientes e seus efeitos na manifestação dos sintomas. Nesse tipo de entrevista, segundo Minayo (2000), não houve a necessidade de uma sequência rígida quanto aos assuntos a serem abordados porque esta é determinada, geralmente, pelas preocupações e ênfases que emergem da fala dos entrevistados ao se discutir o assunto em questão.

Também como meio de coleta dos dados, utilizamos um diário de pesquisa no qual foi possível marcar as experiências decorrentes da execução da pesquisa, principalmente referente ao contato com os sujeitos e impressões resultantes desses momentos.

Para a construção da narrativa biográfica, utilizamos a biografia de Frida. A partir de uma leitura exaustiva, pudemos identificar os significantes presentes em seus discursos, apresentados na publicação, que demarcavam o sentido de seu sintoma.

5.1.3 Duração

A pesquisa de campo foi realizada no período de março a agosto de 2013.

5.1.4 Análise e tratamento dos dados

Após a obtenção dos dados por meio da entrevista, do diário de pesquisa e da biografia, realizamos a construção do ensaio propriamente dito, buscando construir um sentido entre os significantes identificados e as questões que envolvem a relação do sujeito e sua dor. Na construção ensaio, como já dissemos são considerados os significantes e não os significados, por acreditarmos que estes são marcados pelo som do que é dito, não estando associado obrigatoriamente ao significado. Então, podemos encontrar momentos da fala em que o som do que é dito nos oferece uma possibilidade de compreensão, mesmo que a união das palavras de forma literal não se relacione àquele sentido. Por esse aspecto, evidencia-se como fala, não obrigatoriamente o significado do que falado.

Nesse sentido também, há elementos que se destacam da fala como um todo por representar um sentido, uma referência ao sentido do inconsciente, que aponta sempre para um

real traumático.

Com a construção do ensaio, o analisamos à luz da psicanálise, utilizando os principais conceitos psicanalíticos que nos forneceram ferramentas para a interpretação e compreensão dos fenômenos envolvidos na manifestação das queixas.

5.1.5 Questões éticas

Preocupamo-nos em assegurar a observação dos princípios éticos descritos na resolução nº 196/96 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e assegura o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa (autonomia); compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e relevância social da pesquisa (justiça e equidade). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, instituição proponente, com número de parecer 446.804, e pelo Comitê de Ética da instituição co-participante onde realizamos a pesquisa, tendo por numero de parecer 468.815. O não consentimento por parte dos pacientes não trouxe prejuízo ao tratamento que estes recebem tanto por parte dos profissionais como por parte das instituições referida. O sigilo sobre a identidade dos indivíduos participantes foi mantido, sendo que o seu nome próprio foi substituído por um pseudônimo.

6. RESULTADOS

Após a realização das entrevistas e da leitura da biografia de Frida Kahlo, o material coletado foi organizado sob a forma de relatos, com vistas a compor o ensaio metapsicológico. Neste capítulo trazemos a apresentação dos dois ensaios. Tratam-se de possibilidades de interpretação realizadas pelo pesquisador a partir de elementos obtidos na coleta, apresentando, portanto, caráter ficcional por não serem resultantes de atendimentos clínicos. Não caracterizam uma verdade, mas uma possibilidade de construção, viabilizada a partir da cadeia de significantes demarcada nos discursos.

A discussão teórica consistirá na articulação das narrativas apresentadas com os conceitos psicanalíticos, tendo como pretensão ressaltar as particularidades de cada caso, mas identificando também as convergências entre as histórias dessas duas mulheres.

6.1 MARIZETE: quando a dor faz parar para não quebrar

O contato inicial com Marizete se deu logo que nos inserimos no serviço. Tivemos um momento de apresentação da pesquisa em que expusemos os objetivos da mesma e como a coleta seria realizada. Logo após esse momento, ela nos procurou informando que estava sendo ótimo serem disponibilizados esses momentos de escuta, pois as mulheres atendidas no setor tinham muito que conversar. Percebemos logo que ali encontraríamos terreno fértil para nossa coleta e marcamos o primeiro encontro.

Ao iniciarmos a entrevista expusemos novamente, e dessa vez um pouco mais demoradamente, quais os objetivos da pesquisa e de que forma a coleta seria realizada. Explicamos que não teríamos perguntas rígidas, mas que as mesmas iriam surgindo à medida que fala fosse sendo desenvolvida. Iniciamos a entrevista questionando sobre o que a trouxe ao serviço e prontamente as queixas de fibromialgia e suas manifestações dolorosas surgiram em sua fala. Esse momento foi marcado por muitas referências ao tema da dor, queixa inicial que a fez procurar atendimento no NAMI (dores nos cotovelos, dedos e ombros). Relatou que chegou até lá há três anos por indicação de um ortopedista que a diagnosticou com fibromialgia e a referenciou para o grupo voltado para este diagnóstico. Diz ainda que decidiu buscar ajuda

porque queria melhorar, já que passou por inúmeras técnicas terapêuticas sem resultados significativos. Entretanto, como as dores se mantêm a terapia medicamentosa acaba sendo a mais utilizada, tornando-a dependente de seu uso, apesar de também não oferecer um resultado definitivo para suas queixas.

Aí, tomo remédio daqui, remédio dali, remédio pra dor. E é que o remédio pra dor eu não tomo todo dia. Só quando eu tô na crise, eu tomo. Porque tem uns remédios que eles não faz bem, né? Se tomar todo dia. Porque com o tempo... eu tomo a amitriptilina, você já ouviu falar? Eu tomo há não sei quanto tempo esse remédio aí serve pra... pra dor vascular ele disse que é bom. Parece aqueles remédios que aqueles homem vende na rua que serve pra tudo no mundo, pra tudo no mundo, tudo ele serve. Aí teve vários anos, só tomando ele. Aí, tomo assim relaxante muscular essas coisas mas é só paliativo mesmo. Não existe uma coisa que eu ficasse boa.

Marizete é filha de uma dona de casa, Raimunda, e um comerciante, João. É a primogênita da família tendo como irmãos Luzia e Pedro. Sua irmã trabalha na área da saúde e manteve-se solteira, tendo como foco principal o cuidado oferecido à sua mãe que hoje aos 80 anos é completamente dependente dos cuidados de alguém até mesmo para deambular. Marizete muito nova casou-se com João e como fruto dessa relação nasceu Aline. Sua filha hoje com 21 anos é estudante universitária, ensina e faz curso de línguas. Apesar de ser casada, Marizete passa muito tempo na casa da mãe. Refere que a maior parte do tempo se encontra sozinha em casa, já que é aposentada e seu marido e filha passam o dia em seus respectivos trabalhos. Segundo ela, é por esta razão que acaba atendendo aos pedidos da mãe para que a faça companhia na casa de sua irmã.

A relação com o marido se encontra complicada. Há algum tempo ela se afastou do mesmo, já não dormem no mesmo quarto e ela já não tem o mesmo cuidado com ele que mantinha anteriormente. Refere que o uso de bebidas alcoólicas vem tornando-o outra pessoa e dessa forma não tem mais a mesma vontade de estar próximo ou de servir as refeições. Entretanto, segundo ela, ele também sente sua falta, e costuma cobrar mais atenção em vão.

Marizete descreve a dor que lhe acompanha há cerca de 20 anos como uma dor misteriosa. Uma espécie de fantasma que anda pelo seu corpo, pinicando, tremendo e deslocando-se: "*Eu tô sentindo aqui nesse braço. Ai daqui a um pedacinho, tu me pergunta e ela já não está mais aqui. Às vezes ela está na minha mão, está no outro braço, tá na minha coluna. A sensação que sente é como se o corpo estivesse todo quebrado. Ainda bem que ela tem uns alívios, sabe? Por que se não tivesse, você não suportaria. Parece assim que tá quebrando osso do jeito que dói. Parece mesmo que tá dentro do seu osso, dói muito*".

A dor começou a aparecer quando Marizete foi transferida para um serviço de acolhimento de crianças vítimas de violência. Lá encontrava muitas situações de crianças espancadas, abusadas e maltratadas. Ela me diz:

Porque lá é assim, quem tá de fora não sabe, mas é cruel lá dentro. Lá chega criança estuprada, criança que os pais deixa na praia, engatinhando na areia e chega tudo assada, criança abandonada dentro de casa quando se muda. Teve uma que o casal se mudou e deixou a criança dentro de uma caixa. Ai quando o pessoal viram só o chorinho dele né, acho que com fome, aí arrombaram a porta e lá estava a criança. E eu acho assim, eu sempre fui muito emotiva e muitas vezes eu chegava em casa e eu chorava era muito. Porque é um absurdo. A gente pensa que não existe. Você não passa por um negócio desse, você nem imagina. É assim como se fosse um inferno. Os pais às vezes estupram os filhos. As mães diz que não é para não perder o homem, entendeu aquele negócio. Aí eu associo muito assim. Eu penso né? Porque geralmente quem passa por muito sofrimento vem a depressão e depois vem outros problemas né. Problemas de nervos, por exemplo.

Permitir a fala acerca de sua queixa levou Marizete a introduzir uma questão que aponta para o seu posicionamento enquanto sujeito frente a isso que lhe acomete, levando-a a abrir uma outra possibilidade de significação dessa dor. Em certo momento da entrevista ela se pergunta:

lá é muito deprimente ali. Às vezes eu fico pensando se fibromialgia não tem alguma coisa a ver com isso, com esses problemas assim, sérios que a gente passa. Por que eu noto que eu, eu comecei assim mesmo a ter muita dor quando eu comecei a trabalhar lá.(...) E eu... Às vezes fico pensando e fico querendo saber aonde foi que começou tudo né?

Essa mudança no discurso foi acompanhada também de mudanças no posicionamento da entrevistada, pois em um primeiro momento as falas eram decorrentes dos questionamentos colocados pela entrevistadora. No entanto, já no segundo encontro, a entrevistada refere ter pensando na entrevistadora em casa e ter lembrado fatos que não trouxera nos encontros anteriores, desenvolvendo após isso uma temática que vai além da dor como fator orgânico.

Conta que no mesmo período em que começa a trabalhar com essas crianças vítimas de maus-tratos, seu marido fica desempregado e ela passa a ter que deixar a filha, que contava com **dois** anos, sob os cuidados dele. Um pensamento começa a aparecer insistentemente: a possibilidade de que esse marido pudesse abusar da filha.

*Eu deixava a minha filha que é menina com ele. Eu tinha medo dele, tu acredita? Nunca tive coragem de dizer, mas eu tinha. Eu dava graças a Deus quando eu entrava em casa, eu olhava para ela e ela estava toda direitinha. E até eu peço perdão muito a Deus por isso, a pessoa nunca deve tá desconfiando até do próprio marido assim da gente, a pessoa que vive com a gente dentro de casa. **Mas como eu via os pais não respeitar essas crianças de fora, eu também tinha medo.** Na época ela era pequena, ele banhava ela, trocava, essas coisas, sabe? Depois foi que eu coloquei uma babá pra cuidar, quando ele começou a trabalhar, mas antes era assim. E eu, eu toda vida chegava em casa com medo. Eu chegava em casa oito horas da noite, saía antes de seis horas.*

Marizete se define como “depressiva”: chora muito e nos momentos de dores não costuma sair de casa, tendo até que se isolar de outras pessoas para chorar. O pessimismo também se apresentou como marca constante, principalmente referente ao seu tempo de vida:

“Eu pensei que eu não ia ver minha filha fazer quinze anos, já vi. Tô perto de ver ela se formar, se casar talvez seja tudo perto. A gente pensa que não vai... não chega lá, sabe?”

Considera que o sofrimento é um fator desencadeador de sua dor. Seu trabalho e a violência que diariamente presenciava foram associados como causa para as suas queixas. *“Aí, às vezes eu associo que assim, às vezes sofrimento essas coisas eu acho que contribui pra, pra gente ficar desse jeito. E todo mundo que sai desse trabalho eles tem algum tipo de doença. Nunca nenhuma se aposentou pra dizer assim “eu me aposentei e tô bem. Tô fazendo alguma coisa”. Todo mundo ficou doente. Eu acho que assim o emocional da pessoa vai lá pra baixo”.*

Esse quadro se agravou ao ponto de ela tentar suicídio como uma possibilidade de saída para o sofrimento ocasionado pela dor. Após uma festa de aniversário, ela aproveitou um momento em que estava só e ingeriu todos os comprimidos que possuía. Após esse episódio, Marizete disse sentir-se suja. *“Eu passei quase um ano sem me confessar. Eu me sentia assim suja por ter feito isso”.* Referente a esse momento, Marizete nos fala que o mais marcante foi o sofrimento demonstrado por sua família, principalmente seu irmão que voltou de uma festa atravessando os sinais de trânsito vermelhos e, dessa forma, expondo-se a algum acidente.

A dor é colocada ainda como uma possibilidade de punição por algo que ela tenha feito de errado. *“Deus que vida é essa que eu tô levando?”. Isso não é vida. Não era para mim isso. Às vezes até falo assim.... **será que eu fiz alguma coisa de ruim que eu tenho que pagar desse jeito, né?** Porque às vezes a gente chega a esse ponto. Será que Deus está me castigando com isso? Eu sei que é besteira estar falando sabe, mas que eu penso eu penso”.*

Por outro lado, Marizete se queixa que as pessoas não confiam nela. Tem medo de deixá-la sozinha. Isso começou após alguns episódios em que caiu ou derrubou objetos. Depois disso, sempre há alguém por perto impedindo que ela faça qualquer coisa sozinha, sob o pretexto de evitar que ela se machuque: servir seu próprio prato, andar na rua, ou cuidar de uma sobrinha ainda bebê: *“(...)por que a minha sobrinha tem uma nenenzinha, aí eu gosto de pegar nela e eu noto que ela tem medo. Eu noto que ela tem medo de eu derrubar a menina, sabe. Ela não diz, mas eu sinto. Com pouquim tempo ela pede.”*A desconfiança dos outros em relação a ela se aplica também no contexto de não deixá-la só. Por isso é que, segundo ela, passa tanto tempo na casa da mãe: *“Se eu não for para a casa da minha mãe, eu passo o tempo*

todim só. Mas eu vivo mais na casa da mamãe sabe. Quando eu tô só ela liga 'vem pra casa da sua mãe'."

Ainda referente à possibilidade de se machucar, ela enfatiza em sua fala a possibilidade de baterem nela e isso acaba por retrai-la. Relata que já houve situação em que alguém bateu em seu ombro, causando-lhe muita dor ou mesmo que ela tenha batido o braço na porta trazendo-lhe o mesmo sofrimento. Mas o medo de assaltos e apanhar por não possuir dinheiro são o que, segundo ela, lhe impedem de sair de casa. **“Se o ladrão for...um ladrão ruim se ele for assaltar uma pessoa, aí ele meche na tua bolsa se a pessoa não tiver nada, ele ainda dá na tua cara.”**

Apesar de relatar constrangimento por não ter mais a confiança de seus familiares, diz que entende já que tudo que ela pega ela quebra. *“ou eu quebro as coisas ou então eu paro.”* Assim, ao sentir a dor ela acaba sendo *“aquela pessoa que você não pode contar”*. Foi assim que, segundo ela, essa dor mudou sua vida a ponto de imobilizá-la: não tem relações com o marido, vive na casa da mãe porque não pode ficar sozinha, não pode trabalhar, não viaja, não sai de casa.

Eu enfrento muitos problemas. Assim de a minha vida antes da fibromialgia e depois da fibromialgia é outra coisa. A minha casa era bem arrumada, se tu entrar na minha casa agora, tu diz não é a mesma casa porque eu não tenho coragem. Eu começo a lavar uma louça, aí meu braço faz isso ó... (solta os braços como se ambos caíssem).

Marizete relata ainda que a diminuição das atividades de dona de casa resultante da limitação ocasionada pela dor trouxe como consequências a incompreensão de alguns familiares acerca de seu quadro, como seu esposo. *"Aí, tudo que eu faço, começo a fazer uma coisa, começo a sentir muita dor, eu paro e vou me deitar. Aí meu marido diz assim 'bota as panelas no fogo e vai se deitar para queimar', sabe? Ele pensa, como eu não tenho aspecto, que a gente não tem aspecto de quem está só se acabando de dor, né? Ai ele acha que eu tô inventando as coisas."*

Infelizmente após duas entrevistas os encontros não puderam ser continuados, pois houve uma pausa ao final do semestre das atividades oferecidas pelo serviço e assim não nos encontramos mais no setor. Entramos em contato para propor outros momentos de escuta em

sua casa, mas a mesma não aceitou preferindo esperar pelo retorno das atividades, o que não ocorreu.

Vale ressaltar que essa construção não se trata de um relato clínico, já que não foi resultado de um processo de atendimento clínico, mas de entrevistas e, portanto, trata-se de uma construção fictícia. Entretanto, essa análise faz surgir um questionamento: qual a fronteira que delimita onde termina uma entrevista e onde começa um tratamento, quando se trata de escutar alguém? Em um processo de análise, a relação transferencial surge como elemento essencial para o estabelecimento do tratamento analítico, pois este oferece elementos de que o analista já se encontra presente no inconsciente do analisando. Entretanto, em nosso caso, apesar de não termos iniciado o processo de análise, a relação transferencial pôde mostrar-se sutilmente iniciada a partir do momento em que a entrevistada me relatou que havia pensado no que havia me dirigido e lembrado de outros elementos não relatados ainda. Isso mostra que seria possível estabelecermos momentos de escuta terapêutica, caso os encontros tivessem tido continuidade.

6.2 FRIDA KAHLO: a dor como criação

Frida é uma mulher que teve sua vida marcada pela dor. Ela tornou-se a pintora mexicana de maior representatividade e reconhecimento externo a seu país por trazer em sua obra a sua realidade retratada. A dor foi o elemento melhor retratado em seus autos retratos e a pintura, aquilo que deu vida e sentido ao seu sintoma. Ela dizia: *“A única coisa que eu sei é que pinto porque preciso, e pinto tudo que passa pela minha cabeça, sem levar nada mais em conta”* (HERRERA, 2011, p.35). Em seu diário, ela nos apresenta o motivo: *“Pinto-me porque estou muitas vezes sozinha e porque sou o assunto que conheço melhor”* (HERRERA, 2011, p.34).

Através destas marcas, corpo, alma, nos fez perceber que o que não foi dito em palavras foi expresso e representado nos seus quadros: a morte, a catástrofe, a dor, os abortos, a doença. *“Minha pintura carrega em si a mensagem da dor. Creio que ela interessa pelo menos a algumas pessoas”* (HERRERA, 2011, p.101). E continua: *“Pensaram que eu era surrealista, mas nunca fui. Nunca pintei sonhos, só pintei a minha própria realidade”* (HERRERA, 2011, p.54).

Apresentaremos aqui uma construção teórica acerca da vida dessa grande artista que oferece uma possibilidade de interpretação do sintoma manifestado de forma tão intensa na vida de Frida: a dor. Trata-se de um recorte de sua história construída a partir de elementos retirados de sua biografia e seu diário. Vale salientar que por não tratar-se de uma construção a partir de atendimentos clínicos, não se coloca como verdade do sujeito, mas de um resultado obtido a partir da transferência do pesquisador com os textos em questão.

Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón nasceu em 6 de julho de 1907 na casa onde sua família morava. Filha de um fotógrafo alemão, Guillermo Kahlo, e de uma dona de casa mexicana, Matilde Calderón, Frida relata que ao conhecer sua mãe em uma joalheria onde ambos trabalharam, seu pai logo se encantou: *“Minha mãe e meu pai trabalharam juntos. Ele se apaixonou profundamente por ela, e depois os dois acabaram se casando”* (HERRERA, 2011, p.20). Mas ela denuncia que o casamento de seus pais traz também outro significado para sua mãe. Ao ler um caderno de sua mãe, Frida descobriu que sua mãe havia tido outro namorado alemão e que ele havia se suicidado em sua presença. Assim, para Frida, era natural que ela se atraísse por outro alemão. Ela mesma afirmou em seu diário *“esse homem continuava vivo na lembrança dela”* (HERRERA, 2011, p.21). Dessa forma, Guillermo representava também uma possibilidade de repetição daquele romance interrompido.

Desse casamento, nasceram quatro filhas, pela ordem de nascimento: Matilde, Adriana, Frida e Cristina. Frida tinha também duas outras meias-irmãs de um casamento anterior de seu pai, María Luisa e Margarita. Pouco depois do nascimento de seu nascimento, sua mãe caiu doente o que exigiu a aproximação de uma ama de leite para amamentá-la. Uma de suas irmãs, Matilde, quando adolescente fugiu com o namorado com ajuda de Frida, o que trouxe à família momentos de muito sofrimento. Sua irmã se manteve afastada por muitos anos, mas somente após doze anos de sua fuga, pôde retornar à sua casa.

Sua família esteve marcadamente representada em sua obra, principalmente em uma obra de 1936 em que ela identifica sua árvore genealógica, pintando a si mesmo quando criança, seus pais e seus avós. Na representação, os avós paternos de origem alemã, são pintados tendo como segundo plano o oceano. Já para os avós maternos, que são de descendência indígena, Frida marca a terra como plano de fundo. Em outro quadro, a pintora traz a sua ama de leite

amamentando-a, sendo representada pela personificação da herança mexicana, o que demonstra seu orgulho em estar relacionada também por esse vínculo à terra mexicana.

A história de Frida com a dor inicia-se ainda quando de alguma forma duas cenas foram marcantes em sua infância, a ponto de terem sido retratadas em seu diário, e de alguma forma se relacionou ao seu sintoma. Na primeira, ela estava na sala de aula quando a professora realizou uma apresentação do sistema solar utilizando uma vela em uma mão e uma laranja na outra para representar o sistema solar. A apresentação a tocou de forma tão intensa que ela urinou em sua roupa. Em seguida a professora solicitou que trouxessem uma roupa de uma coleguinha que morava em frente à sua escola e Frida foi vestida com as calças dessa menina. Como resposta a esse momento, certo dia, sem motivo aparente, Frida a encontrou na rua e tentou estrangular essa menina, sendo necessário que outras pessoas viessem livrar a criança de suas mãos. Ela mesma relata não haver motivo para tal agressão, não entendendo o acontecimento.

Uma outra cena também marcante foi durante uma briga entre irmãs. Sua meia-irmã María Luisa estava sentada em um penico e ela, por brincadeira, empurrou-a. María Luisa caiu, derrubando também o penico. Como resposta, lhe disse que ela não era filha nem de seu pai, nem de sua mãe, que haviam pegado ela em uma lata de lixo. Frida remete a esse momento em seu diário: *“Essa frase me deixou uma impressão tão forte que me tornei uma criatura completamente introvertida. Daquele momento em diante, passei a criar aventuras com uma amiga imaginária”*(HERRERA, 2011, p.27). Esses dois momentos foram retratados como traumáticos e essenciais para sua estruturação.

A partir de então, essa dor vai ser elemento presente, retornando em vários momentos de sua vida de formas diferenciadas: paralisia infantil, acidente com um bonde, relação com os homens, abortos e cirurgias.

Aos seis anos, a dor surge na forma de poliomielite que lhe deixou nove meses confinada em um quarto. As suas possibilidades de desenvolvimento do círculo de amizades durante a infância para além do familiar foram restritas pelo enclausuramento a que foi submetida. Esse momento foi responsável por fortalecer a introspecção apresentada anteriormente, principalmente porque mesmo após sua recuperação ela foi alvo de rejeição pelos colegas devido à sequela em sua perna direita que a doença lhe deixou.

O adoecimento foi responsável também pela aproximação entre ela e seu pai. Foi durante esse processo que Guillermo, apesar de ser também introspectivo, mostrou-se surpreendentemente terno e preocupado. Ele também era doente, tinha epilepsia, e talvez pela fragilidade apresentada por Frida, referente à sequela na perna direita, o pai tenha desenvolvido maior identificação com ela.

Ele estimulava a intelectualidade de Frida, despertando-lhe curiosidade e paixão para com as manifestações da natureza. Assim, ela pôde desenvolver as mesmas paixões intelectuais que ele apresentava como arqueologia, arte mexicana, fotografia, sendo esta última um traço que influenciou em sua pintura mais tarde quanto às minúcias apresentadas em sua obra.

O adoecimento de Frida permitiu a ela experimentar a mesma realidade de solidão e doença que seu pai manteve por toda sua vida. Por causa disso, após a melhora da filha, era ela que o acompanhava ao trabalho para que lhe auxiliasse durante as crises de epilepsia. A aproximação entre ambos só aumentava. Para ela, sua *“infância foi maravilhosa porque, embora meu pai fosse um homem doente [..], para mim ele era um imenso exemplo de ternura, de trabalho [...] e, acima de tudo, de compreensão dos meus problemas”*(HERRERA, 2011, p.36).

Também foi seu pai que, durante o processo de recuperação, estimulou-a a realizar qualquer atividade física, de forma que a limitação da perna fosse vencida. Assim, sua retração foi compensada pelo destaque que tinha ao realizar atividades masculinas, como futebol, boxe, natação e luta romana. Frida admitia o posicionamento de um filho que atendia a todos os desejos de seu pai. Realizava atividades de menino, estudou em um colégio predominantemente masculino, admitia um posicionamento político não comum entre as mulheres, chegando mesmo a se vestir como um homem em alguns momentos de família.

Aos poucos a menina com defeitos físicos deu espaço a uma garota levada. Ela utilizava-se de seu destaque como uma garota levada para a criação de um personagem que escondesse a solidão da menina rejeitada e alvo de críticas devido à sua marca na perna direita. Essa fase é retratada em sua obra remetendo á solidão, como se o personagem tivesse sido criado como meio de esconder a criança solitária que realmente era.

Por outro lado, a relação com a mãe se mantinha de forma ambivalente, sendo de um lado determinado pelo amor e por outro pelo desprezo. Ela mesma descreveu sua mãe de

formas dicotômica ao defini-la como cruel (referindo-se a um episódio em que a mãe afogou uma ninhada de ratos) e noutros momentos afirmando que ela era uma mulher muito amável, ativa, inteligente. O distanciamento entre ela e a mãe era intensificado pelos posicionamentos distintos quanto à religiosidade, já que Frida não apresentava a mesma vocação religiosa que esta mantinha. “*Minha mãe era histérica sobre religião. Tínhamos de rezar antes das refeições. Enquanto as outras se concentravam e se recolhiam para dentro de si mesmas, Cristi e eu nos entreolhávamos, fazendo força para não rir*” (HERRERA, 2011, p.27). Outro fator relevante para esse relacionamento conturbado está associado à independência sempre apresentada por Frida e que também se demonstrava na falta de predisposição a manter o posicionamento submisso como sua mãe requeria e apresentava diante do marido.

As brigas com sua mãe tornaram-se mais frequentes à medida que amadurecia, o que não impediu de sentir grande sofrimento ao perdê-la. Ao saber de sua morte, Frida relata em seu diário que “não conseguia parar de chorar” (HERRERA, 2011, p.29).

Como uma possibilidade de dar asas à sua imaginação e se imaginar completa e perfeita, Frida cativou uma amiga imaginária que permitia que realizasse seus sonhos e que lhe acompanhou por toda a vida. Quando criança costumava brincar com uma menina em suas travessuras imaginárias e tal companhia a inspirou a pintar o quadro ‘as duas Fridas’ onde ela retrata duas Fridas sentadas uma ao lado da outra, como ela mesma explica em seu diário:

Eu devia ter seis anos quando senti intensamente a experiência de uma amizade imaginária com uma menininha mais ou menos da minha idade. Na janela de vidro do que à época era o meu quarto, e que dava para a rua Allende, eu bafejava no vidro e com o dedo desenhava uma ‘porta’ [...]. Cheia de alegria e urgência, na minha imaginação eu saía por essa porta, atravessava toda a planície que via à minha frente até chegar à leiteira chamada Pinzón.[...] Não me lembro da imagem dela, nem da cor. Mas sei que ela era alegre – ela ria muito. Sem fazer barulho. Ela era ágil e dançava como se seu corpo não tivesse peso algum. Eu acompanhava todos os seus movimentos e, enquanto ela dançava, eu contava a ela todos os meus problemas secretos. [...] trinta e quatro anos se passaram desde que tive a experiência dessa amizade

mágica e, toda vez que me lembro dela, ela torna a ganhar vida e fica cada vez maior dentro da minha cabeça (HERRERA, 2011, p.30).

A dor volta a surgir durante a adolescência de Frida, deixando marcas ainda mais profundas em relação às sequelas no corpo que irão acompanhá-la durante toda a vida. Ela sofre um acidente. O ônibus em que estava se envolveu em um acidente com um bonde que resultou em várias fraturas por todo o corpo (como clavícula, 2 costelas, coluna em 3 partes, pelve em três partes, 11 fraturas na perna direita) além de ter o pé esmagado.

O tratamento ao qual foi submetida envolvia diversas cirurgias e procedimentos em teste que requeriam a completa imobilidade de Frida por meses seguidos. Dessa forma, em diversos momentos de sua vida, ela ficava acamada, completamente imobilizada. E foi durante esses momentos que Frida desenvolveu a pintura. Sua arte foi a responsável pela forma de extrair de si sua dor e apresentá-la para o mundo.

As dores constantes em sua vida pelas lesões causadas no acidente, tomam forma também devido às diversas cirurgias. Elas foram constantes em sua vida. Fazia cirurgias para corrigir outras ou na tentativa de novos tratamentos conseguirem aplacar suas dores cotidianas. Em certo momento, as cirurgias já eram tão necessárias, entretanto, continuavam sendo requeridas por Frida, principalmente quando se afastava de seu marido Diego.

Seu posicionamento diante das relações amorosas, também remete a esse contexto de dor e acidentes. Frida as manteve de forma muito intensa, sempre permeadas de sofrimento, separações e constantes brigas. Os principais foram Alejandro e Diego.

Alejandro era um de seus amigos da Escola Preparatória Nacional e a impulsionou a ter uma aproximação política. Seu relacionamento foi ilustrado por diversas cartas apaixonadas, mas não fugiu ao contexto de sofrimento tendo várias traições em seu desenrolar, tanto da parte dela como da dele. Frida mantinha uma posição de admiradora diante do posicionamento de líder e brilhante orador admitido por Alejandro. Foi para ele que ela fez seu primeiro autorretrato, com a proposta de fazer-lhe companhia durante uma viagem. Seria uma outra Frida, ela o chamava de Botticeli.

Seu 'Botticeli' também ficou muito triste, mas eu disse a ela que até você voltar ela devia 'dormir um sono profundo', apesar disso ela se lembra sempre de você (27 de março de 1927). Por falar em pintores,

seu 'Botticeli' vai bem, mas no fundo dá pra ver certa tristeza que ela naturalmente não consegue disfarçar [...] (06 de abril de 1927). (HERRERA, 2011, p.30).

Muitas vezes para demonstrar mais carinho, Frida fazia círculos próximos a sua assinatura e escrevia “meus lábios ficaram colados aqui por um tempão” (HERRERA, 2011, p.55). Seu relacionamento, entretanto, foi estremecido após o acidente, mantendo-se ainda durante um tempo por cartas que se manteve por quase cinco anos. Em muitas de suas cartas, Frida demonstra a entrega total ao seu amado e não rara submissão a ele, apesar de tanto ter recusado tal postura em muitas das imposições da mãe.

(...) não apenas meus humildes conselhos são seus, mas eu inteira sou sua. [...] Bem, Alex, me escreva sempre, cartas longas, quanto mais longas, melhor, e enquanto isso receba todo o amor da Frieda. (10 de agosto de 1923). Avise-me se não me amar mais, Alex, pois amo você mesmo que você não me ame mais do que a uma pulga. (HERRERA, 2011, p.54).

Meu Alex: desde que te vi pela primeira vez, amei você. O que me diz? Já que provavelmente vai demorar alguns dias pra gente se ver, vou implorar pra que você não se esqueça da sua linda mulherzinha, tá? [...] às vezes à noite sinto muito medo e queria que você estivesse comigo porque assim eu ficaria mesmo apavorada e aí você diria que me ama tanto quanto antes, tanto quanto neste mês de dezembro, mesmo que eu seja uma 'coisinha fácil', certo Alex? Você deve continuar gostando das coisinhas fáceis. [...] eu gostaria de ser ainda mais fácil, uma coisinha bem pequeninha que você pudesse carregar sempre no bolso. [...] Alex, escreva o mais rápido que puder e mesmo que não seja verdade, diga-me que me ama muito e não consegue viver sem mim.[...] (HERRERA, 2011, p.59-60)

O outro grande amor de Frida foi Diego Riviera, um pintor mexicano, que foi um dos grandes responsáveis pelo seu desenvolvimento como pintora. Ela casou-se com ele aos 20

anos e teve seu relacionamento marcado por muitos conflitos como as traições e os abortos sofridos por ela.

Foi com Diego que Frida encarnou o papel de esposa dedicada e submissa em plenitude. Durante o trabalho do marido, ela levava-lhe o almoço e o acompanhava durante a tarde. Quando questionada se também pintava, ela respondia que o artista era ele. Por outro lado, ele a impulsionava em sua arte e sempre solicitava sua opinião nas obras que finalizava. Durante o casamento, Frida não teve muita notoriedade quanto à sua obra. Assim como com Alejandro, ela sempre se colocou à sombra de um grande homem, nesse caso, Diego que para ela era um grande artista. Ela não admitia uma posição de destaque. Entretanto, durante as diversas separações, a pintora talentosa ressurgia e mostrava toda a sua genialidade. Todos os momentos de dor referentes ao relacionamento foram também retratados em sua pintura, inclusive os momentos em que se afastaram do México. Ao falar de Diego, Frida afirmava: “sofri dois graves acidentes na minha vida. Um em que fui abalroada por um bonde. O outro acidente é Diego” (HERRERA, 2011, p.128).

A dor causada por esse relacionamento também veio na forma de aborto. Ela sofreu três abortos e esse era um motivo de grande sofrimento e traziam-lhe sensação de incompletude. Como os outros momentos vividos, esses também foram retratados em sua pintura. Após um desses abortos ela contou: “não podíamos ter filhos, e eu chorava inconsolavelmente, mas me distraía cozinhando, varrendo e espanando a casa, às vezes pintando, e todo dia acompanhava Diego no andaime” (HERRERA, 2011, p.137).

Frida utilizou de elementos tradicionais mexicanos para a criação de uma personagem. A caracterização iniciou-se com a mudança da data de seu nascimento de 1907 para o ano de 1910, ano em que se iniciou a Revolução Mexicana e que, segundo ela, modificou toda sua existência. Ela acompanhou esse processo ainda quando criança e escolheu esse momento, pois gostaria de nascer juntamente com o México moderno. Trata-se de uma escolha que condensa o nascimento do novo México, com o seu nascimento e a realização de algo trágico, a revolução.

Lembro que eu tinha quatro anos [na verdade ela tinha cinco], quando se deu a “dezena trágica”. Testemunhei com meus próprios olhos a batalha dos camponeses de Zapata contra os carrancistas. Minha situação era muito clara. Minha mãe abria as janelas na rua Allende.

Ela dava acesso aos zapatistas, de modo que os feridos e famintos entrassem pelas janelas na minha casa, na “sala de estar”. Ela cuidava dos ferimentos e os alimentava com grossas tortillas, a única comida que se conseguia arranjar em Coyacán naqueles dias[...]. Em 1914, as balas passavam zunindo. Ainda hoje ouço aquele som sibilante extraordinário. Na sexta-feira, essas baladas [baladas revolucionárias] custavam um centavo cada; escondidas dentro de um enorme guarda-roupa que cheirava a noqueira, Cristi e eu as cantávamos, enquanto meu pai e minha mãe ficavam atentos para que não caíssemos nas mãos dos guerrilheiros (HERRERA, 2011, p.26)

Sua caracterização continuou e se intensificou com o apoio de Diego que a impulsionou a encarnar a figura mexicana ao usar roupas tradicionais para representar sua ligação à terra. Essa ligação já havia sido representada inúmeras vezes em sua obra ao retratar seus antepassados ou mesmo sua ama de leite. Dessa forma, constantemente tinha aparições públicas com as vestimentas, penteado ou maquiagens que fizessem referência às mulheres de Tehuantepec, segundo Herrera (2001), famosas por serem imponentes, sensuais, inteligentes, corajosas e fortes. Vivem em uma sociedade matriarcal e dominam os homens. Nesse momento, ele escolheu uma nova identidade, uma nova forma de se construir como mulher, corroborando com a escolha de seu nascimento. “*Em outra época eu me vestia como um menino, com cabelo raspado, calças, botas e jaqueta de couro. Mas quando eu ia ver Diego punha um traje tehuano*” (HERRERA, 2011, p.140).

Essa caricatura criada veio perfeitamente aplacar o desejo de criar uma personagem forte. A Frida pública passava a imagem de força e alegria constante. Segundo sua biografia, a avidez por se ver rodeada por pessoas, fazia com que acentuasse as qualidades que já possuía: vivacidade, generosidade, espiritualidade. Mas por muitos momentos, ele se retratou como um adulto solitário.

6.3 ENSAIO METAPSICOLÓGICO

O fio que nos permite aproximar os relatos de Marizete e Frida é aquele que conjuga dor e feminilidade e o modo como cada sujeito vai lidar com isso. Marizete se faz representar

pela articulação significante: “se não parar, eu quebro”. Consideramos que essa frase é o ponto de estofo que articula sua queixa a um sintoma que a implica como sujeito: ela fica imobilizada com a dor, ela para. Não sai de casa, não viaja, não faz atividades caseiras, não cuida do marido, não anda só. Sua frase inclui o sentido do sintoma: isso acontece para ela não quebrar.

Frida também é uma mulher acometida pela dor. Sua vida é marcada por episódios em que seu corpo é dilacerado. Sua relação com a dor é expressa em uma série de repetições de devastação no corpo: a poliomielite, o acidente com o bonde, as sucessivas cirurgias, os diversos abortos sofridos e até mesmo seus relacionamentos amorosos. Um ciclo que se repete ilustrado por diversas tragédias que destacam a sua imperfeição, a marca no corpo e que proporcionam viver a dor.

Do ponto de vista anátomo-fisiológico, Marizete e Frida são apenas mais um objeto do saber médico, vítimas de dores que não obedecem ao que prescreve esse saber. De acordo com esse modelo, a dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP – *International Association for the Study of Pain*) como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou descrita como a ela relacionada. A dor associa-se, de acordo com esta definição, a uma lesão orgânica (ou potenciais lesões), seja direta ou indiretamente.

Para a psicanálise, o encontro inicial com a dor, entretanto, não se dá, durante o adoecimento ou o acidente. Mas a primeira dor com a qual o sujeito se depara na vida é o encontro com o real traumático. A estruturação do sujeito se dá a partir desse primeiro momento de dor. É nesse momento que o sujeito se percebe faltoso e isso se volta para ele como algo insuportável. “É só por uma falta no nível do ser, do ser vivo, natural, que o sujeito tem a condição de emergir como tal. [...] esta falta fundadora do sujeito não se produz por si mesma [...] , mas requer o ato constituinte do sujeito para se fazer como falta “ (ELIA, 2010, p.48)

Para entendermos esse processo, é necessário retomar o conceito denominado por Freud de Complexo de Édipo. Freud baseia-se no mito de Sófocles, em que Édipo casa-se com a mãe e mata seu pai, para construir uma teoria que consiste no processo de constituição dos sujeitos. Freud (1925) afirma, em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, que o complexo de Édipo “é tão importante que o modo pelo qual o indivíduo

nele se introduz e o abandona não pode deixar de ter seus efeitos”. (FREUD, [1925] 1996, p.286). Toda criança, menino ou menina, está destinada a passar por ele, já que se trata é resultante do fato de ter sido cuidada por um adulto que participa ativamente desse processo. “É a experiência central dos anos da infância, o maior problema do início da vida e a fonte mais intensa de inadequação posterior”. (idem, 1940 [1938] 1996, p.205).

As análises freudianas acerca da vida sexual das crianças partiam como se ocorressem igualmente para meninos e meninas. Entretanto, em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), ele modifica essa ideia de simetria no complexo de Édipo da menina e do menino e depois a corrobora em “Sexualidade feminina” (1931) e “Esboço de psicanálise” (1940 [1938]). Freud observou que é exatamente na instauração do complexo de Édipo que a diferença entre os sexos encontra expressão psíquica pela primeira vez. Desta maneira, foram identificadas peculiaridades para a menina que não podem ser ignoradas.

Em seu estudo acerca da sexualidade, Freud depara-se com inúmeros entraves e dúvidas em relação ao complexo de Édipo. Para entendermos o complexo de Édipo, faz-se necessário retornar ao nascimento do bebê. Freud (1925) afirma que o primeiro objeto de satisfação para o bebê é o seio da mãe que o alimenta. Esse será o primeiro objeto erótico para o sujeito. Nessa relação temos um bebê com necessidades fundamentais e uma mãe que lhe oferece cuidado integral, caracteriza então o primeiro e mais forte objeto de amor: a mãe. Esse já é o próprio complexo de Édipo estabelecido para o menino. Nessa fase, temos uma rivalidade do menino para seu pai, pois este se coloca como entre sua mãe e ele. O modo como o menino demonstra esse desejo pela mãe vai variar, podendo de fato verbalizar seu sentimento e seu desejo de tê-la só para ele ou agir de forma que demonstre “a natureza erótica de sua ligação com a mãe”. (FREUD, [1917a] 1996, p.336).

Assim o menino desenvolve desejo de posse sobre a mãe, mas o desejo desta estará apontando também a presença de seu pai. Esse pai interdita o desejo do menino pela mãe e a criança vivencia o desejo de morte do pai para mantê-lo distante da mãe. Nesse contexto, entretanto, surge o medo da punição, da castração e ele abandona o Complexo de Édipo.

A castração surge aqui posteriormente à descoberta da diferenciação entre os sexos. Segundo Freud (1925), ambos os sexos passam por uma fase em que acreditam serem iguais. O

desenvolvimento segue até ter o órgão genital assumindo papel principal. “Esse órgão genital é apenas o masculino, ou seja, o pênis; o genital feminino permaneceu irrevelado. (FREUD, [1925] 1996, p.194). Trata-se da primazia do falo. Para o menino, durante o contato com o órgão surgem as primeiras ameaças verbais da castração. Mas será durante as brincadeiras eróticas com meninas que descobrirá que pode perder seu pênis, já que as meninas não têm pênis. Inicialmente, acreditará que a menina tem um pênis pequeno, que irá crescer, mas, posteriormente, a angústia surge ao perceber que sua mãe é desprovida de um pênis. E aí as ameaças iniciais ganham sentido.

Quando um menino pela primeira vez chega a ver a região genital de uma menina, começa por demonstrar irresolução ou falta de interesse; não vê nada ou rejeita o que viu. Somente mais tarde, quando possuído de alguma ameaça de castração, é que a observação setorna importante para ele. Então relembra a ameaça ou a repete e ela desperta nele uma terrível tormenta de emoção forçando-o a acreditar na realidade da ameaça. (FREUD, [1925] 1996, p.281).

Em resultado a essa angústia de descobrir sua mãe como incompleta, ele aceita a interdição determinada pela lei paterna com o propósito de evitar a castração. Em consequência, surge o temor de também ser castrado e para que isso não se realize, o menino se aproxima do pai que ele considera completo por ter o pênis. O complexo de Édipo está, portanto, sendo associado ao desfecho de um complexo de castração.

Para as meninas, a situação não se desenrola da mesma forma. Freud (1931) em “Sexualidade feminina” fará observações a respeito da longa duração do processo anterior ao complexo de Édipo da menina afirmando que o mesmo nelas “tem uma longa pré-história e constitui, sob certos aspectos, uma formação secundária”. (FREUD, [1931] 1996, p.226). Ainda bebê, a menina também terá a mãe como primeiro objeto de amor, assim como o menino. Nesse período o pai estará para ela como um objeto de rivalidade. “Durante esta fase o pai de uma menina não é para ela muito mais do que um rival causador de problemas, embora sua hostilidade para com ele jamais alcance a rivalidade característica dos meninos”. (FREUD, [1931] 1996, p.232). Esse momento é denominado fase pré-edípica.

Entretanto, esse quadro se alterará. Quando, durante as brincadeiras, a menina vê que não tem o pênis do menino ela se depara imediatamente com a sua falta, sua incompletude. Inicialmente, a menina considera seu clitóris como um pênis Mas ao comparar com o do

menino, identifica o seu como menor e traz daí uma justificativa para sua inferioridade, desejando, então, ter um dia um órgão grande como o do menino, portanto, invejando-o.

Elas notam o pênis de um irmão ou companheiro de brinquedo, notavelmente visível e de grandes proporções, e imediatamente o identificam com o correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e imperceptível. Dessa ocasião em diante caem vítimas da inveja do pênis. (FREUD, [1925] 1996, p.280).

Em consequência a isso, Freud (1931) declara que a menina passa a responsabilizar a mãe por não ter lhe dado um pênis. “Ao final desta primeira fase de ligação com a mãe, emerge outro motivo mais forte para a menina se afastar dela, a censura por a mãe não lhe ter dado um pênis, isto é, de tê-la trazido ao mundo como mulher” (FREUD, [1931] 1996, p.256). No momento em que ela se depara com sua castração, ocorre a entrada da menina no complexo de Édipo, pois ela se volta para o pai, direcionando-lhe desejos incestuosos na tentativa de obter o falo. Ela direciona para o pai esse amor incestuoso e espera desse pai um filho.

A menina abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho; com esse fim em vista, toma o pai como objeto de amor. A mãe se torna o objeto de seu ciúme. A menina transformou-se em uma pequena mulher. (FREUD, [1925] 1996, p.284).

Freud (1925) considera o término do complexo de castração para o menino como também o término do complexo de Édipo, que “não é simplesmente reprimido; é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada” (FREUD, [1925] 1996, p.162). Já na menina, o complexo de castração inaugura o complexo de Édipo: “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração”. (FREUD, (1925) 1996, p. 285). Aqui se dá a maior diferença entre meninas e meninos, “a menina aceita a castração como um fato consumado, ao passo que o menino teme a possibilidade de sua ocorrência”. (FREUD, (1924), 1996, p. 198).

Para lacan (1964), o que está latente nessa elaboração do mito do Édipo é o encontro com a entrada na linguagem. O processo de estruturação do sujeito se dá devido à entrada na linguagem. A iniciação da criança na linguagem se dá por meio do contato da mesma com aqueles que cuidam dela, contato esse devido às necessidades de sobrevivência desse pequeno ser. Para melhor compreendermos, a figura materna é para a criança aquela que satisfaz todas

as suas necessidades: alimentação, higiene, carinho. Logo, somos sujeitos aos desejos desse Outro parental, representado aqui pela mãe. A partir do momento que a mãe possui outros desejos (o marido, o trabalho, outros filhos) que não são somente a satisfação do filho, esse percebe a mãe como um falta-a-ser, um ser também desejante.

A criança se depara com um Outro¹ que também não detém todas as respostas, que não pode tudo, portanto, limitado. Essa limitação se dá pela própria impossibilidade de se dizer tudo que a linguagem impõe. Oliveira et al (2009) afirmam que a linguagem, na sua impossibilidade de simbolizar tudo, lança-o irremediavelmente numa divisão subjetiva e marca o desconhecimento do homem de sua própria condição de sofredor. Até agora os questionamentos desse bebê são atendidos pelos pais, mas a partir do enfrentamento com a condição desejante da mãe, o sujeito se depara com a falta de algo no outro e, em consequência, a sua falta se destaca. É só por uma falta no nível do ser, do ser vivo, natural, que o sujeito tem a condição de emergir como tal (ELIA, 2010, p.48).

Não podemos delimitar como se deu esse encontro com o traumático no caso de Marizete, pois os momentos de escuta não foram suficientes para essa construção, mas podemos supor que ele aponta para uma situação onde uma criança é abusada, mal-tratada. Isso porque, a divisão subjetiva se apresenta para ela quando começa a ter que trabalhar com crianças vítimas de maus-tratos e lhe ocorre a ideia persistente de que o marido pode estar abusando da filha. Será que ele também pode ser um abusador? Uma ideia estranha, mas recorrente, que não para de assombrá-la. Marizete não entende o porquê de tal ideia, além de achá-la absurda. Isso lhe traz estranheza e até culpa. Essa divisão do sujeito entre o pensar e não querer pensar nos sugere que aqui está presente o encontro com o insuportável, o traumático, apesar de não termos uma cena que o represente. Temos aí a “assinatura” do inconsciente: o surgimento de algo que divide o sujeito entre aquilo que lhe parece coerente e algo que não consegue integrar na vida psíquica consciente.

No caso de Frida, esse momento é sugerido durante a aula em que foi apresentado o sistema solar, em que ela teve um episódio de incontinência urinária e foi vestida com a roupa de uma garota que morava próximo. Em outro momento, Frida encontrou essa mesma garota na

¹ “o Outro é o lugar no qual se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito”. (LACAN, [1964] 1998, p. 193-194)

rua e a estrangulou, sendo necessário que outra pessoa viesse tirar a criança de suas mãos. Essa descrição nos permite entender que algo insuportável foi despertado, levando à irrupção do desconhecido no corpo e não processável para aquela criança, desencadeando a urina.

Freud considera três caminhos como possibilidade de resposta da menina ao complexo de Édipo. Ao se encontrar no complexo de Édipo, a menina direcionará ao pai o desejo de ter um filho dele, mas este não poderá realizá-lo. Dessa forma, sua sexualidade poderá seguir três caminhos. Freud (1931) discorre o primeiro caminho como um abandono da atividade sexual, abandono de sua sexualidade, pois ela cresce insatisfeita com seu sexo, insatisfeita pelas comparações com os meninos que detém o falo. Como segunda saída, temos a obsessão da menina em conseguir o falo, portanto desenvolver seu posicionamento masculinizado. Surge a fantasia de ser um homem, se apegando “com desafiadora auto-afirmatividade à sua masculinidade ameaçada” (FREUD, [1931] 1996, p. 243). Seguindo o terceiro caminho, a mulher atingirá a atitude feminina final, tomando então o pai como objeto amoroso, trilhando assim o caminho para a forma feminina do complexo de Édipo.

Frida vai demonstrar durante sua infância momentos que podem ser aproximados aos dois últimos caminhos demarcados por Freud. Essas saídas vão representar construções posteriores ao encontro com a castração e tentativas de escondê-las. Durante sua infância, Frida tem sua infância marcada pela presença de uma amiga imaginária que lhe representa em uma versão completa, sem limitações, sem falhas e que pode realizar tudo que a criança limitada por uma seqüela de poliomielite não poderia realizar. Essa amiga vem representar a Frida não castrada, completa. Outra forma de negar essa falta que podemos identificar seria a postura masculinizada muitas vezes apresentada por ela. Na adolescência, realizava todas as atividades que os meninos faziam, estudava em uma escola predominantemente masculina em um tempo em que as a maioria das meninas não estudavam e muitas vezes até vestiu-se de menino, confirmando esse posicionamento masculinizado de detentor de um falo.

Frida tem a proximidade com seu pai durante o período de adoecimento bem demarcada em sua biografia. Essa aproximação se fortalece em consequência às seqüelas dos encontros traumáticos provenientes da série de repetições de dor que ela sofre. Ela se apresenta como fragilizada, doente, seqüelada pela paralisia e nesse contexto se assemelha a esse pai também marcado no corpo pela epilepsia.

O complexo de Édipo surge para nós como o primeiro contato com a dor, com a castração. Será esse encontro traumático que permeará a construção fantasiosa responsável pela manifestação dos sintomas. Na verdade, será da significação desse encontro com o traumático que a fantasia irá surgir como forma de suplantar essa dor.

A fantasia traz a significação de uma saída para o trauma, velando a castração, a falta. Em Frida, encontramos indícios que sugerem a construção de sua fantasia em torno da negativa de não ser filha de seus pais. A descoberta da ausência do falo na mãe, lhe obriga a se deparar com sua própria falta e essa fantasia surge para conter a necessidade de encobrir essa falta. No contexto da cena em que sua irmã lhe diz que ela não é filha nem de sua mãe, nem de seu pai, podemos ver uma briga comum para crianças e que poderia passar sem nenhuma relevância. Mas Frida marca essa cena como traumática em seu diário e ainda ressalta que a partir daí torna-se ainda mais introspectiva. Essa afirmação nos revela que tal cena destacou algo já construído por ela: não ser filha de seus pais. Essa construção anterior à cena nos sugere uma tentativa de dar apoio à negativa da castração com a qual ela se deparou anteriormente. É uma tentativa de negar essa falta, de afirmar que por não ser filha desses pais faltosos, ela não tem essa falta.

No texto ‘Romance familiar’ (1909b [1908]), Freud nos apresenta a fantasia como uma construção infantil a partir de encontro da criança com a falta de seus pais. O autor nos diz que no início da vida a criança vê seus pais como “a fonte de todos os conhecimentos” (FREUD, [1909b [1908]] 1996, p. 243). Mas ao se deparar que estes também se constituem em sujeitos faltosos, desejantes, a criança fantasia não ser filho de seus pais, substituindo-os por outros superiores.

Para Freud (1909b), essas fantasias carregam em si uma hostilidade aparente, pois ainda conserva a primeira afeição da criança por seus pais. Então, não os recusa totalmente, mas enaltece-os. “Todo esse esforço para substituir o pai verdadeiro por um que lhe é superior nada mais é do que a expressão da saudade que a criança tem dos dias felizes do passado, quando o pai lhe parecia o mais nobre e o mais forte dos homens, e a mãe a mais linda e amável das mulheres” (FREUD, [1909b [1908]] 1996, p. 246).

Esse conceito de “fantasia”, tão relevante para o sujeito na tentativa de lidar com o traumático, foi inicialmente trabalhado por Freud quando, em seus estudos com histéricas, ele

percebeu que em todas as suas pacientes, havia o relato de abuso sexual sofrido por aquelas mulheres. Entretanto, ele deparou-se com duas situações: ou todos os pais eram pervertidos ou aqueles relatos não eram reais. Além disso, Freud se surpreende com a descoberta de que esses desejos incestuosos poderiam estar presentes até nele mesmo. Sua análise pessoal revelava que nem mesmo ele escapava de anseios eróticos. Isso o leva a um descrédito nessa teoria e na ‘Carta 69’ direcionada a Fliess, seu interlocutor na sua análise pessoal, Freud revela suas dúvidas a respeito da teoria da sedução, antes considerada como desencadeadora dos sintomas histéricos. Afirma “não acredito mais em minha *neurotica*” (FREUD, [1897] 1996, p.309), referindo-se aí a sua teoria das neuroses.

A partir daí, surge o conceito de fantasia como encenação de desejo. Freud constatou que não havia indicações de realidade no inconsciente, de modo que não era possível a distinção entre verdade e a ficção. Ou seja, a realidade psíquica é a determinante, não a real.

A fantasia é articulação entre o inconsciente e a pulsão. Segundo Lacan, ela passa a ser tomada como o operador do real, pois se constrói em seu lugar, serve de anteparo, de proteção, mas é também um meio privilegiado de acesso a esse real, que evitamos olhar. “A fantasia, por seu caráter real, não ‘fala’ pelas formações do inconsciente”. (SEGANFREDO, 2007 p.7). “É diante da grande questão do enigma do Outro que o sujeito estampa sua fantasia. O que o Outro quer de mim? é a questão fundadora da fantasia” (GALLINA, 2010, p.91).

A resposta ao “que queres?” determinará a fantasia na tentativa de dar conta da castração do Outro que se inscreve para o sujeito como sua própria fenda. “A fantasia é o quadro que o sujeito pinta para responder ao enigma do desejo do Outro; é sua forma de tapar cenicamente o furo no Outro que lhe retorna como castração”. (QUINET, 2004, p.170).

Retornando às lembranças infantis que trazem a fantasia de forma completa ou parcialmente, temos que as manifestações sintomáticas muitas vezes associam-se a esses fatos que mantêm a libido fixada e que mais tarde desencadearão sua formação. As lembranças infantis isoladas, que as pessoas têm conscientemente podem igualmente ser falsificadas, ou, pelo menos, podem combinar verdade e adulteração, em abundância.

Na ocasião da apresentação da Conferência XXIII (1917c), cujo título é *Os caminhos da formação do sintoma*, Freud complementa que

Somos tentados a nos sentir ofendidos com o fato de o paciente haver tomado nosso tempo com histórias inventadas. [...] Quando apresenta o material que conduz desde os sintomas às situações de desejo modeladas em suas experiências infantis, ficamos em dúvida, no início, se estamos lidando com a realidade ou com fantasias (FREUD, [1916-17] 1996, p. 370).

O que ele nos passa na citação acima se traduz em que o real interesse na investigação da construção do sintoma deve estar no fato de que nas fantasias está contida a realidade psíquica, independente de como os fatos ocorreram e que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva. Foi a partir desta descoberta que ele abandonou definitivamente a teoria da sedução, optando pela teoria da fantasia. Essa formulação dificilmente teria significação menor do que se tivesse realmente sido experienciada. “Cobrir com fantasmas ao redor do sintoma, permite torná-lo tolerável, mas o preço é eternizá-lo e coagular o sujeito” (Ocariz, 2006, p.253).

Há algumas ocorrências que raramente encontram-se ausentes dentre as lembranças da infância e por essa razão há uma tendência a entendê-los como de essencial importância para a estruturação do sujeito, como o medo da castração e a observação do coito dos pais. Freud (1917c) complementa que é improvável que tantas crianças sejam ameaçadas de castração, o que pode ser desencadeado por alguma repressão a um ato indevido e transformado pela imaginação do mesmo. Outro fato que também traz em si a fantasia manifestada é a narração de uma observação do coito dos pais com precisão de detalhes que provavelmente não poderiam ser observados, o que nos induz a acreditar que a fantasia também atuou conferindo mais detalhes à cena.

Entendendo que a fantasia atua de forma tão enfática nas lembranças infantis, há uma tendência a acreditar que tais eventos talvez sejam requeridos como fatos importantes na estruturação do indivíduo já que tão frequentemente é relatado. Caso ocorram ou não na realidade não é essencial, mas, se não encontram apoio na realidade, são agregados a partir de determinados indícios e suplementados pela fantasia. O resultado é o mesmo, não sendo entendido ao certo se foi a fantasia ou a realidade que participou mais ativamente de sua estruturação.

A fantasia fundamental é a ficção que funda a realidade psíquica para cada sujeito, que tenta dar conta da lacuna significativa localizada

no Outro, mediatizando a colisão do sujeito com o real. A fantasia é, pois, estruturante, ligada à insuficiência significativa (GALLINA, 2010, p.44)

No caso da Marizete, a fantasia é atualizada na ideia que ela recorrentemente apresentava de que sua filha poderia estar sendo molestada pelo marido enquanto ela trabalhava. Não podemos afirmar a presença da formação da fantasia pela falta de continuidade na escuta, mas há aqui uma aproximação com esse conceito. “Uma criança é molestada”, temos aí uma variante da frase estruturante da fantasia já abordada por Freud em “Batem numa criança” (1919).

Foi nesse texto que Freud apresentou o ápice quanto às discussões em volta do conceito de fantasia. Ele nos apresenta que a fantasia apresenta-se mais frequente do que se imagina. Trabalhando com seis casos, quatro mulheres e dois homens, ele pôde se deparar com essa construção fantasiosa durante a fala na análise. No texto ele destaca os casos das mulheres, pois serão articulados a outro caso feminino. Dividindo esse conceito em três fases distintas, Freud vai associar a fantasia de espancamento à relação incestuosa da menina com o pai, entende esse conceito um resquício do complexo de Édipo considerado a fase em que a menina direciona ao pai um amor incestuoso.

Freud (1919) afirma que tal fantasia está relacionada a sentimentos de prazer, tendo confissão hesitante. A primeira recordação aparece de forma incerta nas falas, mas certamente ocorrera anteriormente ao período escolar, tendo sido resgatada por experiências escolares em que uma criança é batida pelo professor, despertando novas fantasias ou fortalecendo-as as já adormecidas, modificando seu conteúdo, principalmente quando associadas às leituras em idades maiores.

Competindo com essas obras, a atividade fantasiosa da criança punha-se a inventar uma grande quantidade de situações e instituições em que as crianças eram surradas, ou punidas e disciplinadas de alguma maneira, por sua maldade e seu mau comportamento. (FREUD, 1919, p. 222)

Entretanto, ao serem visualizadas situações em que uma criança era espancada em vez de sentirem prazer, como talvez fosse o esperado, era sentida como uma excitação, com um sentimento misto em que se destacava a repulsa, sendo até mesmo sentido como intolerável.

Freud (1919) complementa ainda que essa fantasia apresenta três fases na infância. Na primeira, uma outra criança apanha. A criança que apanha nunca é a que fantasia e quem bate é um adulto. Freud (1919) vai fazer uma relação posteriormente no texto entre o adulto e o pai dessa criança. Essa fantasia estaria associada ao pai bater em uma outra criança, que poderia ser um irmão mais novo, como uma forma de dizer “Meu pai bate na criança que odeio” (FREUD, 1919, p. 226). Essa afirmação traz em si o significado de que o pai não gosta de outra criança, ama somente a criança que fantasia porque bate na outra, satisfazendo o ciúme de um irmão mais novo, por exemplo, assim “(...) gratifica o ciúme da criança e depende do lado erótico da sua vida: mas é, também, poderosamente reforçada pelos interesses egoístas da criança (FREUD, 1919, p.200).

Na segunda fase, o adulto que bate permanece o mesmo, mas a criança muda. Nesse momento, a criança que apanha é a mesma que fantasia. A fantasia é bastante marcada pelo prazer e adquire um significativo conteúdo de castigo. Seu enunciado é “Meu pai me bate”, com sentido de “Sou castigada por meu pai” (FREUD, 1919, p. 227). Essa fase nunca é consciente e é resultado de construção de análise. “A fantasia da segunda fase, de apanhar ela mesma do pai, torna-se expressão direta da consciência de culpa, à qual o amor ao pai fica sujeito” (FREUD, 1919, p. 230). Essa fase seria configurada pelo auge do complexo de Édipo de forma a fazer emergir um desejo de punição pela culpa decorrente de sentir amor pelo pai.

Na terceira fase, a criança que apanha novamente é diferente da que fantasia, mas o adulto não mais é o pai e sim um adulto que o representa, como o professor, por exemplo. A criança que fantasia já não está na cena. “Eu estou olhando, provavelmente” (FREUD, 1919, p. 227). Agora a fantasia ganha uma maior excitação sexual, permitindo a satisfação masturbatória. A frase que poderia lhe representar seria: “Bate-se numa criança”, com sentido de “Meu pai está batendo na outra criança, ele ama somente a mim” (FREUD, 1919, p. 232). A criança que fantasia aparece como espectador, mas sua satisfação está associada também a um sentimento de culpa ligada ao conteúdo da fantasia. “Todas as crianças indefinidas que levam surra do professor são, afinal, substitutos da criança mesma” (FREUD, 1919, p. 232). Nessa fase, as crianças surradas são quase sempre garotos, independente do sexo das crianças que fantasiavam. Para os meninos, a criança que apanhava trazia um elemento seu, o sexo. Para as meninas, a fantasia estar associada a crianças do sexo masculino está relacionada à sua relação com o pai.

Ao se afastarem do amor incestuoso ao pai, de sentido genital, rompem facilmente com seu papel feminino, ativam seu “complexo de masculinidade” [...] e querem ser apenas garotos a partir de então. Daí os meninos surrados, que as representam nas fantasias, serem meninos. (FREUD, 1919, p. 233).

Nesse sentido, o que poderíamos depreender de cada uma das narrativas dessas mulheres?

Em Marizete percebemos que as dores se intensificam quando ela se depara com o medo de sua filha ser molestada. Podemos supor, entretanto, que há uma relação do surgimento do sintoma com essas crianças molestadas o que nos leva a considerar essa fantasia “uma criança é abusada” como estando na base da estruturação desse sintoma.

Nesse ponto temos uma aproximação entre os dois casos apresentados. Nesses dois momentos, temos a fantasia sendo construída como saída para o encontro com o traumático, o insuportável, estando associada à construção do sintoma.

Se considerarmos o sintoma, na perspectiva psicanalítica, sabemos que ele é uma mensagem dirigida ao outro. Uma mensagem que pode ser decifrada. No caso de Marizete, ela mesma já inicia a formulação de questões em torno de sua queixa, articulando o início das dores com o trabalho na instituição e o sofrimento presenciado cotidianamente no trabalho e em casa. Ela se distancia de sua queixa para formular um sintoma. Há uma pergunta dirigida ao outro: “*Às vezes eu fico pensando se fibromialgia não tem alguma coisa a ver com isso, às vezes fico pensando e fico querendo saber aonde foi que começou tudo né?*”.

Para a psicanálise, o sintoma surge como aquilo que o sujeito tem de mais autêntico e dirigida ao outro. O sintoma se coloca quando há o retorno de um conteúdo inconsciente. Esse termo é derivado do vocábulo em francês *sinthome* que, conforme o dicionário Le Robert (1992), surgiu na língua francesa em 1370 e, em 1538, sofreu modificação para a grafia atual, *symptôme*, revelando sua origem grega pela a partícula *ptôma* que refere-se à queda. “o *symptôme*, em seu aspecto patológico, é aquilo que se espera que caia durante uma análise, pelo deciframento da mensagem dirigida ao Outro, por ele portada” (SEGANFREDO, 2007, p.15).

Freud em “Os caminhos para a formação dos sintomas” ([1917c] 1996, p. 361), afirma que “os sintomas são atos, prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez,

deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento”. Ele afirma ainda que a construção de um sintoma é o substituto de alguma outra coisa que não aconteceu (FREUD, [1917b] 1996). Determinados processos mentais normalmente deveriam ter evoluído até um ponto em que a consciência recebesse informações deles. Isto, porém, quando não ocorre, permanece no inconsciente e a forma que encontram de retornar ao consciente é emergindo o sintoma.

O sintoma para a psicanálise não é entendido como uma característica a ser observada, por meio da qual será definido o diagnóstico do indivíduo e conseqüentemente sua terapêutica, encerrando ali sua análise sobre essa manifestação. Para essa teoria, o sintoma também caracteriza algo que gera incômodo, mas, além disso, ele se coloca como um vestígio de que há algo nesse sujeito que, além do sofrimento, traz consigo uma dose de satisfação, ainda que esta não seja reconhecida como tal. Portanto, não basta querer livrá-lo de seu sintoma, é preciso alcançar essa vertente de prazer, para que o sujeito possa se dar conta de sua participação na formação dessa queixa.

O sintoma muitas vezes é entendido como signo, um indício, de maneira substantiva, genérica, sem dar suficiente atenção para os diferentes movimentos psíquicos, para a lógica, para a inteligência e função que estão por trás destas diversas manifestações. É a forma que um conteúdo desconhecido e presente no inconsciente, se faz atuante no plano da consciência sem aparecer completamente, conquistaram o acesso à consciência.

Neste sentido é importante reconhecer que o sintoma responde a uma formação dita inconsciente, constituído para dizer sobre o que sofre o sujeito que desconhece a origem de tal sintoma e que não apresenta condições para impedi-lo. Portanto, apenas o desejo de modificar uma conduta que se manifesta como sintoma não faz com que ela seja modificada, então, o indivíduo mantém-se preso a ações cuja realização gera um sofrimento psíquico, mas é impossível de omitir sua prática.

A formação dos sintomas está diretamente associada a um conceito da psicanálise que se refere a manifestações dinâmicas da sexualidade, a libido. Esta manifestação está associada às experiências sexuais da infância. A maioria dessas experiências libidinais não teve importância no momento em que ocorreram, mas foram de extrema relevância para o surgimento dos sintomas atuais. Ocorre então o processo de regressão da libido ao retornar a

traços da infância. Freud afirma que “seria inconcebível a libido regredir de forma tão regular ao período da infância, a menos que haja ali algo que exerça sobre ela uma atração” (Freud, [1917c] 1996, p.366). Pode-se inferir que, entre a intensidade e importância traumática das experiências infantis e das experiências posteriores, existe uma relação complementar que desencadeia essa associação e o processo de regressão.

O sintoma se coloca como algo irreconhecível para o indivíduo que sente essa satisfação como sofrimento e queixa-se da existência do mesmo. Essas mudanças nas sensações ocasionadas pelo sintoma é fruto da modificação de significado do momento da infância para o indivíduo atual, que já não se traduz na mesma satisfação de outrora. Freud nos traz um exemplo que permite uma compreensão melhor sobre o fato.

A mesma criança que em determinada época sugava com avidez o seio materno, alguns anos depois, provavelmente, mostrará uma intensa aversão a tomar leite, o que causa dificuldade na sua criação. A aversão aumenta até a repugnância, no caso de se formar uma película sobre o leite ou sobre a mistura que contenha leite. Talvez não possamos excluir a possibilidade de a película reviver a lembrança do seio materno, outrora tão ardentemente desejado. Entretanto, entre as duas situações coloca-se a experiência do desmame, com seus efeitos traumáticos (Freud, [1917c] 1996, p.368).

A manifestação sintomática apresenta-se também como uma forma de retorno ao narcisismo, que se realiza por meio do autoerotismo, pois a satisfação se dá por uma ação no próprio corpo do indivíduo. Não é necessária uma modificação externa, estabelece-se uma adaptação interna como satisfação e não uma ação externa. Assim, os sintomas são concebidos como “retorno a um modo de satisfação sexual que era real na vida infantil, isto é, retorno ao auto-erotismo” (POLLO, 2003, p 35).

Em Marizete temos alguns significantes que apontam para a relação do sujeito e seu sintoma. Os elementos começam a apontar para bater – ser batida ou quebrar - ser quebrada. Por diversos momentos em sua fala, ela repete esses significantes: “se alguém me batesse”, “o médico me bateu”, “o corpo todo quebrado”, “se eu não parar eu quebro”. Aqui vemos que a rede de significantes se repete e direciona-se à queixa.

Já para Frida o sintoma é manifestado na repetição das experiências de dor, que são deflagradas, inicialmente por acontecimentos contingenciais: a poliomielite na infância, o

acidente com o bonde, na adolescência. Mas, a partir daí, temos uma transformação dessa contingência em necessidade, onde ela passa a buscar essa nas diversas cirurgias que realizou, apesar de já não oferecerem um prognóstico favorável quanto a melhoras. Há uma repetição que se destaca. Um ciclo de dores que falam através do corpo, aquilo que não pode ser colocado em palavras.

Consideramos a possibilidade de que tais episódios ganharam a conotação de uma repetição da dor inicial, não que eles tenham o mesmo significado, mas a manutenção da série de dores nos sugere essa representação.

Essa série de acidentes identificados no relato de Frida se apresenta como feridas narcísicas no próprio corpo, o real traumático que retorna e dá sentido de repetição para os acontecimentos. A paralisia infantil na infância; o acidente com o bonde; Diego que é descrito por ela mesma como um acidente; os abortos sofridos; as cirurgias buscadas muitas vezes sem prognóstico de que trouxessem melhorias, tudo isso vem resultando em uma história de dor, em uma cadeia que traduz um significado de uma tentativa de recuperar o objeto perdido.

Identificamos essa repetição também na mudança da data de seu nascimento quando ela diz que nasceu em 1910, e não em 1907, para que seu nascimento coincida com o surgimento do México moderno. Há aí também um acidente que marca esse acontecimento, seu nascimento fica coincidindo com a dezena trágica, forma como ficou conhecida o início da Revolução Mexicana e que deixou marcas, se não no corpo, mas na população mexicana como um todo.

A repetição já havia sido descrita por Freud em um exemplo de uma brincadeira de um bebê que simulava a saída e o retorno da mãe com seu brinquedo. Como vimos anteriormente, esse exemplo evidencia a compulsão à repetição como busca de satisfação gerada por um ato anterior. Precisamos lembrar que a repetição não está presente exclusivamente em quadros que tragam apenas satisfação. No caso descrito, há um ato que causa prazer, associado ao retorno da mãe, mas também há o ato que gera desprazer que se refere ao desaparecimento dela, que, no caso, era mais frequente. “Isso, no entanto, constitui desprazer de uma espécie que já consideramos que não contradiz o princípio do prazer: desprazer para um dos sistemas e, simultaneamente, satisfação para outro” (FREUD, [1920] 1996, p.31).

A repetição busca re-experienciar situações anteriores de satisfação, mas não há o registro integralmente do objeto causa. O que é guardado são traços que se associam ao objeto que causou a satisfação. Não é guardada toda a experiência de satisfação, deixando um resto perdido, o que não pode ser apreendida denominada por Lacan de objeto *a*. “O objeto *a* é o objeto causa do desejo, aquele que, por incidir como faltoso na experiência, causa o desejo do sujeito” (ELIA, 2010, p.54). “O gozo, ao ser situado no lugar do Outro, ou seja, ao passar ao significante, é anulado, mas deixa um resto que ele escreve *a*” (MILLER, 2005, p.220). Por esse motivo a busca pela satisfação inicial não ocorre de forma eficaz já que a intensidade do prazer obtido posteriormente não se equipara àquela gerada na circunstância inicial (FREUD, [1920] 1996).

Essa repetição se dá pela busca de uma sensação de prazer inicial. Mas essa experiência não é possível de ser sentida em sua plenitude, então o sujeito alucina para tentar se aproximar desse prazer, surgindo assim a fantasia como possibilidade de aproximação a esse prazer. Há um gozo que mantém o sujeito no sintoma. A fantasia vai tratar de articular simbólico e real numa relação complexa em que o sujeito obtém alguma satisfação com o objeto. É em relação à (*a*) que o sujeito orbitará no desejo, na fantasia e em todas as suas relações. Assim, tornamo-nos sujeitos representados por uma falta geradora de desejo ou angústia.

A busca, daí por diante, não vai ser por um novo objeto de satisfação. Mas por reencontrar “aquele objeto” da primeira experiência de satisfação. Daí que, ao experimentar um novo aumento de tensão, a primeira tentativa de se satisfazer vai ser através de um processo alucinatório de investimento destes traços. “Na primeira instância essa ativação do desejo produz algo idêntico a uma percepção – a saber, uma *alucinação*. Quando uma ação reflexa é introduzida em seguida a esta, a consequência inevitável é o desapontamento” (FREUD, [1895]1996, p.372, grifo do autor).

A compulsão à repetição é apresentado por Freud (1914) em “Recordar, repetir e elaborar”, quando nesse momento da obra o repetir é uma forma de recordação produzida pelo paciente. Neste texto, Freud realça a repetição contida no movimento transferencial, postulando que:

(...) o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalcou, mas expressão pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não

como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (FREUD, [1914] 1996, p.165).

A repetição, portanto, retrata uma falta de um objeto perdido. Esse sentido de falta presente no sintoma é impossível de ser verbalizado. Resulta de uma perda definitiva de elementos associados ao objeto de satisfação. Essa perda é demarcada ainda pela entrada na linguagem que impele o sujeito a escolhas e perdas associada a impossibilidade de se traduzir tudo em linguagem.

Essa falta nos remete à feminilidade, pois esta se estrutura em torno dessa lacuna. A construção de Freud acerca do feminino se baseia na divisão que a castração produz em volta do ter/não ter o falo. De forma que descobrir não possuir o falo traz para essa mulher posicionamentos que tentarão suplantar essa falta.

Retomando as saídas da menina diante da castração, deparar-se com essa falta traz para a ela um afastamento da relação com sua mãe que caracterizava até agora o objeto de amor inicial. Freud apresenta em seus estudos a relevância da ligação desenvolvida durante a fase pré-edípica como responsável por muitos fenômenos da vida sexual feminina:

[...] observamos que muitas mulheres que escolheram o marido conforme o modelo do pai, ou o colocaram em lugar do pai, não obstante repetem para ele, em sua vida conjugal, seus maus relacionamentos com as mães. O marido de tal mulher destinava-se a ser o herdeiro de seu relacionamento com o pai, mas, na realidade, tornou-se o herdeiro do relacionamento dela com a mãe. (FREUD, [1931], 1996, p. 239).

Entretanto diante da falta, a menina passa a culpabilizar a mãe e aproxima-se do pai. O afrouxamento da relação afetiva da menina com a mãe vem como resposta ao desejo de ter um pênis, já que essa mãe é responsável pela falta do mesmo.

[...] ela falhou em fornecer à menina o único ou órgão genital correto, que não a amamentou o suficiente, que a compeliu a partilhar o amor da mãe com outros, que nunca atendeu às expectativas de amor da menina e, finalmente, que primeiro despertou a sua atividade sexual e depois a proibiu [...]. (FREUD, [1931], 1996, p. 242).

Frida vai apresentar essa ambivalência durante toda a vida. Tendo conflitos constantes com sua mãe referente à religiosidade ou ao seu jeito masculinizado, mas relatando ter sofrido

muito ao perdê-la. Rangel também considera esse momento na estruturação da menina ao afirmar que “a ambivalência é claramente observada nas primeiras fases da vida erótica. Assim podemos concluir que os sentimentos de amor e ódio também existem na intensa ligação da menina com a mãe” (RANGEL, 2008, p22).

Segundo Freud esse afastamento da mãe é uma ruptura bastante importante no desenvolvimento da menina. “O caminho para o desenvolvimento da feminilidade está agora aberto à menina, até onde não se ache restrito pelos remanescentes da ligação pré-edípica à mãe, ligação que superou” (FREUD, [1931], 1996, p. 247). Durante a conferência “A Feminilidade’ ([1933[1932]]1996), Freud complementa ainda que a estruturação da menina se dá de forma mais complexa que a do menino por haver uma mudança de zona erógena e de objeto de amor. Primeiro, vem a pré-edípica, onde se apóia a vinculação afetiva com a mãe, sendo esta tomada como modelo e quando há a primazia do falo. Em seguida, se instaura o complexo de Édipo, e nesta a menina procura eliminar a mãe e tomar seu lugar junto ao pai, sendo agora faltosa.

A mulher freudiana está do lado da falta e, para ela, três respostas são viáveis: a negação da sexualidade, o complexo de masculinidade e a maternidade como busca do falo. Lacan, entretanto, vai além. Para ele, a mulher se depara com a questão de ser o falo, na tentativa de compensar não tê-lo. Ser o falo é uma construção Lacaniana para as relações de amor e desejo construídas pela mulher. “É pelo que ela não é que ela pretende ser desejada ao mesmo tempo em que é amada. Mas ela encontra o significante de seu próprio desejo no corpo daquele a quem sua demanda de amor é endereçada” (LACAN, [1958], 1998, p. 701).

Nesse sentido, nos questionamos sobre o que seria esse falo? Seria o pênis? Para Lacan, a relação entre a mulher e o falo se dá de forma complicada já que ela se considera privada desse falo. “O falo é um significante, significante do desejo do Outro, ou seja, é o nome do. (FINK, 1998, p. 129). Como o desejo se relaciona à falta, “o falo é um significante da falta, da perda primordial à qual a castração está referida. O falo não é uma fantasia, um objeto e nem tão pouco um órgão” (LACAN, [1958], 1998, p. 696).

Marizete traduz em sua fala momentos em que ela se coloca como objeto causa do desejo do outro, como aquilo que irá satisfazê-lo. Ao atender aos pedidos da mãe para ir à sua

casa para não ficar sozinha ou permitir que seus parentes nunca deixem que faça algo ela está se colocando como aquilo que irá realizar o desejo do outro.

Esse posicionamento da mulher está mais marcado na relação de amor direcionado a um homem. A castração fica nesse sentido representada como uma perda de amor. Para Freud (1914), “Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de ser amada”. (FREUD, [1914], 1996, p. 95). Rangel (2008), complementa ainda que “para isso, ela na posição feminina terá que rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, se apresentar com o sinal de menos, como “objeto a” na relação com o homem” (RANGEL, 2008, p.22)

Frida irá representar essa posição muito bem em seu relacionamento com os homens. Ela se coloca como a mulher que dedicada, frágil que atende aos desejos do homem amado, principalmente com Diego. Durante os momentos de harmonia em seu casamento, ela ocupava a posição de uma dona de casa que se esmerou em aprender o que o marido gostava de comer e levava almoço dele todos os dias em seu trabalho. Durante esses períodos, a pintura era deixada de lado para dar vazão à mulher dedicada. Quando em entrevistas era questionada se também pintava, sua resposta prontamente afirmava que Diego era o artista. Entretanto, era nos períodos de separação de Diego que Frida mostrava toda a sua genialidade na arte, tendo seus momentos de maior notoriedade. Podemos depreender disso que Frida se colocava à sombra do homem que estava a seu lado, considerando-o como merecedor de destaque, mas quando não esse homem não se encontrava ao seu lado, era ela quem desenvolvia essa posição de destaque.

A relação com o pai segue caminho semelhante. Frida passa a atender os seus desejos e desenvolve as mesmas paixões intelectuais manifestadas por seu pai. Ela representa o filho substituto e que atende à sua expectativa. Assim desenvolveu atividades que qualquer garoto poderia desenvolver. Era uma menina que realizava esportes, confirmando o posicionamento masculino, ao contrário do que a sua seqüela impunha.

Ela se coloca como o filho que o satisfaz, mesmo também sendo incompleta, insuficiente. Nesse sentido, ela segue em duas vertentes: o menino esperado por ele (ela se veste como menino, vai estudar em escola masculina, faz atividades de menino), e, ao mesmo tempo, a doença segue como marca que a liga ao pai, a seqüela, a ferida narcísica, o arranhão na imagem. Essa postura caracteriza uma possibilidade de saída para a mulher: se colocar no

lado do menino que o pai queria que ela fosse, além de negar sua sexualidade ao se colocar como um menino.

Vemos aqui uma representação do que podemos aproximar de uma manifestação histérica. Ao mesmo tempo em que ela enaltece o pai, satisfazendo-o como o menino que faz tudo que ele deseja, ela também é uma sequelada, evidenciando que o pai também é incompleto, impotente, sequelado. Então, ela o destaca, enaltecendo-o, mas também demarca sua fragilidade.

A histeria é uma maneira de lidar com a castração. É uma resistência quanto à posição feminina, ou seja, posição de objeto e a histérica não tolera ser objeto causa de desejo do Outro. Para Freud, o sintoma histérico tem significação sexual, tendo valor simbólico com realização de um desejo. Tem desencadeamento a partir de um fato traumático, tendo sido vivido ou fantasiado.

Na histeria, por exemplo, o sujeito pode condensar numa parte do corpo todo o investimento libidinal. É o caso de uma paciente de Freud que fez uma paralisia no braço que se encostava na cama do pai enfermo, do qual cuidava. O braço paralítico era então a metáfora de sua história de amor edípico proibido.” (CARNEIRO RIBEIRO, 2003, p. 12).

Para Lacan, entretanto, “o sujeito histérico é aquele que se queixa da desordem do mundo e sustenta um desejo insatisfeito. Há uma recusa para manter-se em falta, desejante” (RANGEL, 2008, p.75).

Enquanto insatisfeito, o histérico está protegido do perigo de viver a satisfação de um gozo máximo, gozo que se ele vivesse enlouqueceria, desapareceria. O problema está em evitar, de qualquer forma, uma experiência que venha fazer emergir um estado de plena satisfação. O centro da vida psíquica do neurótico histérico é ocupado pela necessidade de pedir ao Outro que lhe dê o ser e pela recusa de tornar-se objeto de gozo do Outro (RANGEL, 2008, p.77).

Rangel (2008) destaca muito bem a posição da histérica em relação ao outro. Ela se coloca como desejo no outro para manter o seu insatisfeito. É uma tentativa de manter-se na falta, recusando-a. A mulher histérica coloca-se como um enigma a ser decifrado e elege um mestre. Entretanto, ela acaba por castrar o seu mestre, mostrando-lhe ser impotente diante de seu caso. Freud (1900) nos exemplificou esse quadro em um de seus casos, ‘ A Bela

Açougueira' durante a descrição de um sonho: O senhor sempre me diz... que o sonho é um desejo realizado. Pois bem, vou lhe contar um sonho cujo tema foi exatamente o oposto – um sonho em que um de meu desejo não foi realizado. Como o senhor enquadra isso em sua teoria? (FREUD, [1900],1996, p. 180).

A mulher histérica procura um mestre que queira saber sobre seu mistério, mas, acaba por castrar o mestre de seu saber mostrando-o impotente para dar conta dela. Colocar-se como objeto de desejo na fantasia de um homem lhe é difícil. Ela se furta deste lugar de objeto, não tolera a posição feminina (RANGEL, 2008, p. 11).

Soler (2005) em seu livro “O que Lacan dizia das mulheres”, nos mostra que o sujeito histórico se posiciona no nível do questionamento do desejo do Outro. A angústia do sujeito histórico talvez seja devido ao fato de duvidar de haver lugar para ele no Outro. “Seu desejo se sustenta no sintoma do Outro, a tal ponto que quase poderíamos dizer que a histérica faz de si uma causa, mas uma causa de... saber. Não porque ela seja movida pelo desejo de saber, mas porque gostaria de inspirá-lo no outro” (SOLLER, 2005, p.55). E continua:

a histérica ao deixar insatisfeito o gozo do Outro, quer um mais-ser. Assim, conviria dizer: a mulher quer gozar, a histérica quer ser. E até exige ser, ser alguma coisa para o Outro: não o objeto de gozo, mas o objeto precioso que sustenta o desejo e o amor. (SOLLER, 2005, p.52)

Diante do que foi exposto até o momento, pudemos perceber que a relação com o falo se apresenta de forma diferenciada para homem e mulher a partir do reconhecimento da castração da mãe. Então, enquanto o homem faz máscara de ter para proteger o que possui, a mulher faz máscara de ser para encobrir o que não tem, fazendo-se assim de falo.

Assim, temos o conceito de ‘a mascarada’ que se refere a uma forma de lidar com a falta, na tentativa de despertar o desejo do Outro. Trata-se de um conjunto de meios utilizados pelas mulheres para dissimular a falta de uma identidade feminina. “É, ao mesmo tempo, máscara e véu do que não se tem. Um verdadeiro arsenal é evocado para sustentar a ausência do significante que lhe diria quem é como mulher” (RANGEL, 2008, p.50)

A mulher mascarada é aquela que abre mão de parte de seus atributos femininos, de todos os seus atributos na mascarada para ser o falo. (LACAN,[1958]1998). “De um lado, elas se valem do semblante de forma inevitável, porém do outro, estão diretamente

vinculadas à falta de um significante em que possam se ancorar numa identidade”. (CALDAS RIBEIRO, 1995, p. 37).

Zalberg (2007) apresenta a mascarada como solução, mas também como problema. A solução se refere a saber trabalhar na falta o sujeito feminino, é um fazer-se mulher. É uma maneira de cada uma saber trabalhar sua falta-a-ser. Quanto ao problema, a mulher se coloca na significação fálica, para esconder o fato de não ter o falo, distanciando a sua verdadeira feminilidade.

[...] é para ser o falo, isto é, o significante do desejo do Outro, que a mulher vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeadamente todos os seus atributos na mascarada. É pelo que ela não é que ela pretende ser desejada, ao mesmo tempo que amada. (LACAN, [1958], 1998, p. 701).

Porém, para que a mulher permita ser admirada, ela precisa aceitar sua castração, seu lugar de objeto a, diferentemente da histérica que não admite ser o objeto causa de desejo para o homem. Seu fascínio se dá pelo signo de sua falta. “Ela só é objeto sob a condição de encarnar para o parceiro a significação da castração, e se apresentar sob o sinal do menos”. (SOLLER, 2005, p. 34). Lacan complementa ainda que “é a ausência do pênis que faz dela o falo, objeto do desejo”. (LACAN, [1964], 1998, p. 840).

Frida nos oferece elementos em sua biografia que condiz com essa construção feminina ‘a mascarada’. Durante o seu casamento, Diego a estimulou a construir uma figura tradicional, utilizando vestimentas, maquiagem e penteados que remetem à tradição mexicana. Essa era uma forma apresentada por Frida de transparecer as suas raízes e fortalece-las, enaltece-las, mas também se configura em uma tentativa de criar uma figura que se distancia de sua falta. Uma figura que fuja a sua dimensão incompleta. Para complementar a construção dessa mascarada, Frida a escolha de outra data de nascimento foi essencial. Ao escolher o início da Revolução Mexicana como seu nascimento, Frida remete ao nascimento de uma outra Frida, além de ressaltar o caráter trágico de seu nascimento, já que coincidiu com a dezena trágica como ficou conhecido o início da revolução.

Ainda acerca da sexualidade feminilidade, o que Freud nos deixou como legado foi o caráter enigmático de sua construção. Sua construção avançou, mas o que quer uma mulher ainda ficou como um mistério a ser revelado. “Se desejarem saber mais a respeito da

feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes. (FREUD, [1933[1932]], 1996, p. 134).

Vemos nessas duas narrativas, a descrição de mulheres que por terem a vida marcada pela dor, necessitaram construir ferramentas de lidar com essa queixa. Uma para não quebrar e a outra pinta para representar essa dor. Temos a transformação do sintoma em situações que permitam coexistir uma mulher com essas dores. Em ambas temos a descrição de como o sintoma pode estar relacionado ao encontro com a falta e à fantasia.

Entretanto, essa análise não se trata da nossa principal contribuição, pois abordar a fantasia associada ao sintoma do indivíduo demandaria tempo do qual não se disponibiliza em uma dissertação de mestrado. Nossa maior contribuição foi identificar elementos que não haviam sido explorados em três anos de assistência de Marizete no serviço. Precisamos explorar essa questão: Marizete está há 20 anos numa peregrinação de tratamentos que não resolvem seu problema. O máximo que tem sido feito é anestesiá-la com medicações e oferecer terapias que momentaneamente lhe aliviam a queixa que logo retorna na mesma intensidade. Ela se pergunta, ela quer falar. Mas não há espaço para essa escuta do sujeito, de seu desejo e de seu fantasma nos serviços de saúde. Em duas entrevistas, temos acesso a muito mais coisas do que o serviço teve acesso até hoje.

As intervenções que Marizete recebeu foram restritas ao corpo, apontando para a separação entre corpo e mente. Os profissionais não lhe escutaram quanto às suas queixas para além da dor. Ela mesma em sua fala revela que suas dores estão associadas ao seu antigo trabalho, ao bater na criança. É essa fantasia que dá sentido ao seu sintoma é essa questão que precisa ser abordada em seu tratamento, não sendo possível mais continuar na abordagem orgânica de uma dor que não se justifica apenas pelo corpo, mas que traz na estruturação psíquica do sujeito a condição para seu surgimento.

7 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

A análise dos casos nos ofereceu elementos que ampliam o nosso entendimento acerca da dor. Começamos a nos perguntar, então, de que forma a teoria psicanalítica pode contribuir para a prática de enfermagem.

A enfermagem como um campo de atuação presente em diversos meios, tem mantido como embasamento a abordagem orgânica em que é vista a queixa como principal foco de atuação, sem que possa ser considerado o sujeito e as suas singularidades durante o cuidado. Nesse sentido, a enfermagem frequentemente mantém-se no lugar de mero executor de tarefas e mesmo ao se buscar autonomia nas práticas, o sujeito cuidado ainda é colocado à distância de sua terapêutica, não tendo participação nesse processo. Para o ‘paciente’ resta a posição de passivo em seu cuidado.

Na assistência à saúde, já identificamos um movimento de modificação dos olhares em torno daquele que cuidamos, são mudanças quanto ao posicionamento do profissional e sua assistência durante o cuidado em queixas algicas, favorecendo o entendimento de que o sintoma está para além da lesão. Há um entendimento de que a função do enfermeiro também passa por reconhecer as situações de ansiedade, desconforto, abalos emocionais, pois todos esses aspectos modificam o processo de recuperação dos pacientes.

Apesar de tais tendências, a enfermagem ainda não oferece um espaço de escuta qualificada em que a queixa do indivíduo seja abordada não apenas como uma parte de um corpo doente, mas como resultante de sua estruturação como sujeito. No que concerne ao cuidado à dor, faz-se necessário entender que ela é vivida por um sujeito e se configura numa construção simbólica de processos subjetivos. Sendo assim, a escuta surge para nós como uma possibilidade de tornar esse sujeito atuante no seu processo de cuidar. O conceito de escuta muitas vezes está associado ao ato de desencadear respostas ou solucionar problemas identificados, como uma forma de o paciente se expressar quanto ao que sente em relação a sua situação de saúde.

Entretanto, consideramos aqui o procedimento de escuta como algo que vá além. “Trata-se de uma ferramenta terapêutica.[...] Ela traz em si a própria finalidade do processo

terapêutico na perspectiva da mudança de paradigma, considerando a individualidade do ser humano” (SILVEIRA *et al*, 2011, p.115). Essa escuta nos permite ir além da queixa para a compreensão do adoecimento do sujeito.

As queixas que cotidianamente guiam nossos pacientes aos serviços de saúde devem ser consideradas para além do corpo. Considerar o contexto daquela dor relacionando as significações que cada um apresenta e seu discurso possibilita o oferecimento de um cuidado diferenciado. Além disso, implica ainda num deslocamento, onde o profissional deve sair do lugar de saber prévio sobre o outro, deixando que o próprio sujeito reconstitua as tramas de sua história e de seu sofrimento.

Só a partir da subjetividade de cada um, as suas particularidades, é que poderemos imaginar uma prática em que o sujeito cuidado seja colocado como centro da ação e não mero receptor de uma assistência pré-determinada para aqueles que se enquadrem em situação semelhante. Entendemos que a prática de enfermagem deve ser voltada para uma análise do caso a caso, sem generalizações e considerando que o sujeito possa surgir diante das suas construções simbólicas. Trata-se de uma mudança na forma do próprio sujeito perceber seu sintoma. Essa clínica que a clínica do sujeito onde se propõe que não tenhamos práticas enrijecidas que se voltam a repetir um saber pré-definido.

Considerando essa ideia de escuta e clínica do sujeito, temos aqui a aproximação com a psicanálise que apresenta como principal ferramenta de seu trabalho a fala, verbalizada em livre associação. Ela se destaca por ter como principal foco de atuação a fala do sujeito. É a partir dessa ação que se pode tocar o sintoma. Ao se trabalhar com a livre associação ideias, método proposto por Freud que consiste na fala do indivíduo sem que haja um direcionamento para o conteúdo abordado, permitimos que o sujeito composto de uma história de vida para além do sintoma, surja. É a partir da fala que podemos destacar o quê desse sujeito se coloca em questão diante da sua queixa, o seu sofrimento psíquico. Trata-se de “estar aberta à singularidade desse outro que fala, seja na dimensão referente a seu sofrimento e pedido de ajuda, seja no que diz respeito ao efeito de sua ação terapêutica sobre ele” (MACEDO e FALCÃO, 2005, p.66-67).

A associação livre se desenvolve como um convite para que o paciente fale sobre si mesmo, em uma posição ativa diante de seu processo de cura, e associe livremente. Freud

marcou bem essa necessidade quando substituiu a palavra de um sujeito ausente, na hipnose, por uma narrativa de um sujeito acordado, com um discurso cheio de lacunas, de presença ou ausência de palavras como o que ocorre na livre associação. Essa substituição que surgiu mediante a solicitação de uma paciente quanto a se permitir escutá-la permitiu que toda sua teoria pudesse ser formada.

A psicanálise, então, vem nos oferecer essa ferramenta na tentativa de destacar o sujeito a partir do que ele nos coloca, com embasamento teórico, não apenas ouvir pelo ato de ouvir. Essa é a maior contribuição da psicanálise, permitir que a partir da fala e da associação livre de ideias o inconsciente seja trabalhado. Ao introduzir o conceito de inconsciente, a associação livre de ideias permite deslocar a fala para um lugar além do que se propõe inicialmente falar.

A prática psicanalítica utiliza, portanto, a palavra como meio de abertura de novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano, para além da abordagem orgânica. Mas é a partir do inconsciente que podemos realmente trabalhar a estruturação simbólica do sujeito e a dimensão do sintoma para o mesmo. O inconsciente busca ser escutado e se manifesta por diversos meios que devem ser valorizados no processo de escuta: a narrativa dos sonhos, os lapsos, os chistes, os atos-falhos e os sintomas. O inconsciente irrompe em sua fala a partir do rompimento da lógica consciente.

O profissional ao utilizar da escuta psicanalítica em sua assistência devolve ao sujeito sua própria mensagem. O eco do seu discurso é retornado como um reflexo, ou seja, o sujeito acaba escutando suas próprias verdades, antes não conhecidas, permitidas a partir da associação livre de suas palavras. Mas não formuladas por um conhecimento pré-definido. Nesse sentido, é necessário que o profissional saia da posição de detentor do saber para que a verdade do sujeito seja destacada.

É a partir dessa ferramenta que encontramos meios de modificarmos o olhar direcionado ao sofrimento do outro ao permitir entender que não há separação entre um corpo e uma mente com dor e que a queixa pode se encontrar restrita ao corpo, mas sua significação não. Os relatos trabalhados destacam perfeitamente essa questão.

Marizete recebe cuidados há cerca de vinte anos para sua queixa de dor, sendo três desses em uma mesma instituição. Foram oferecidas várias técnicas como relaxamento,

atividades manuais, atividades físicas, medicamentos, mas o espaço de escuta não foi disponibilizado. Durante esse período, nunca havia sido abordado o contexto de vida em que essa mulher se encontrava menos ainda havia sido realizada uma escuta que permitisse destacar os elementos que reforçavam aquela dor.

Vemos nos relatos que sua dor estava relacionada à construção da fantasia de uma criança ser espancada, na verdade de sua criança, sua filha, ser espancada. As dores iniciaram-se a partir disso, mas surgiram como uma saída para ela. Era a dor que permitia que parasse como ela mesma nos diz: “se eu não parar, eu quebro”. A partir de sua fala vemos que há um gozo que a mantém nessa posição de queixa. A dor vem para ela como um elemento que permite que não quebre, uma saída. Desse modo, não faz sentido uma técnica que aniquile essa dor, pois sem ela Marizete quebra ou outro sintoma será desenvolvido no sentido de ocupar também essa posição de fazê-la parar.

O relato nos mostra ainda que em momento algum durante seu tratamento foi permitido que ela falasse. Não foi explorada a relação de sua dor com a fantasia de uma criança sendo espancada. Em duas entrevistas, pudemos acessar esse conteúdo e aprofundar a compreensão de uma dor para além de um corpo biológico. É a leitura do sintoma que aqui se destaca, sendo essa a nossa maior contribuição. Ela se pergunta, ela quer falar. Mas não há espaço para essa escuta do sujeito, de seu desejo e de seu fantasma nos serviços de saúde.

Todas as técnicas foram oferecidas como saídas para um alívio no corpo, mas sem abordar o inconsciente não se faz possível eliminar uma queixa, principalmente por se tratar de uma dor sem lesão orgânica associada. Elas oferecem consolo momentaneamente, mas logo as dores retornam. Conseqüentemente, a abordagem medicamentosa permanece como principal elemento de terapia dessas dores, mas seu uso exacerbado não permite que elas desapareçam, pois apenas tocam o sintoma, sem tocar a causa da queixa. As intervenções que Marizete recebeu foram restritas ao corpo, apontando para a separação entre corpo e mente.

Vale ressaltar que essa interpretação só foi possível destacar a partir de sua fala. Se os momentos de escuta tivessem tido continuidade, talvez pudéssemos ter mais elementos que embasassem ainda mais o sentido do sintoma. Entretanto, o que pudemos obter já foi suficiente para entendermos que uma queixa tem uma significação própria e individual para cada sujeito e que, por esse motivo, não podemos realizar uma atuação padronizada para sujeitos

diferenciados. Podemos perceber isso ao comparar os dois relatos abordados nesse trabalho. Apesar de termos dois casos de mulheres com vidas marcadas pela dor, a significação dessa dor é diferenciada, o que nos permite incorrer que se fosse necessário estabelecermos medidas terapêuticas para ambas, seria impróprio utilizarmos métodos similares para sentidos diferenciados do sintoma.

No relato de Frida, a dor foi marcada por uma série de repetições que trazem um sentido de repetição de uma dor inicial. A doença, o acidente, os amores, as cirurgias surgem como uma busca de manter-se em um ciclo de dores que ocupa um lugar de uma saída para a falta que funda o sujeito. Sua dor também foi estruturada em torno de uma fantasia. Nesse caso, destaca-se a fantasia de não ser filha de seus pais como uma tentativa de se desvencilhar de sua castração.

O posicionamento histórico também poderia ser destacado a partir da narrativa de Frida. Durante a infância admitia um posicionamento masculinizado que lhe permitia realizar todas as atividades como resposta às expectativas do pai, mas ressaltando que o mesmo não poderia realizar as mesmas atividades por ser sequelado pela doença, marcado no próprio corpo. E como ela ressaltava isso? Significando os fatos que lhe ocorreram como tragédias que lhe traziam também a marca em seu próprio corpo. Ela também é uma sequelada, marcada. A mascarada e a caracterização em uma figura mexicana também estão associadas ao seu sintoma e à negação de sua falta.

Tudo isso nos aparece como elementos que não seriam destacados em um cuidado biologicista como não foram durante as medidas terapêuticas que recebeu como tratamento de suas dores e as diversas cirurgias que também visavam seu alívio, mas que muitas vezes não apresentavam um prognóstico positivo.

Pensando na associação entre a enfermagem e a psicanálise, consideramos que o embasamento oferecido por essa teoria permite ao enfermeiro ampliar o olhar diante do que se propõe a cuidar. Reflete na modificação do olhar do profissional diante de uma queixa que se sabe não se resumir na ordem física, no corpo. Nesse sentido o entendimento de que, no sintoma, há também uma dimensão de gozo que mantém o sujeito na posição de repetição dessa queixa, nos permite entender que a simples eliminação da queixa por meios medicamentosos, por exemplo, não oferecerá benefícios, pois a significação daquele sintoma mantém-se em

aberto, surgindo outro sintoma que atenda aos mesmos objetivos. No caso de Marizete, por exemplo, a dor vem no sentido de protegê-la de quebrar: “se eu não parar, eu quebro”. Sem a dor, então, ou ela quebra ou algo será necessário surgir para que ela não quebre. Esse entendimento é necessário para que o profissional de saúde se permita uma modificação para além do orgânico e só será possível através da escuta.

Entretanto, o entendimento acerca da significação do sintoma só se faz quando surge as singularidades aparecem durante a fala. A abordagem em torno das mesmas só será possível se forem trabalhadas a partir do inconsciente daquele que ouve. Nesse contexto a formação do profissional que escuta se faz essencial. Destaca-se nessa prática a busca nas palavras de “uma fala atravessada pelo inconsciente e pela sexualidade: mensagens cifradas e enigmáticas que demandaram outra qualidade de escuta para serem compreendidas”. (MACEDO e FALCÃO, 2005, p.66)

A formação do profissional entra como uma necessidade de um apoio teórico e técnico. A teoria psicanalítica permite uma aproximação teórica com as questões que se encontram em torno da estruturação do sujeito, mas para que possamos tocar o inconsciente do outro, é necessário trabalharmos nossas próprias questões. O embasamento teórico nos permite compreender a manifestação do sintoma e todos os conceitos envolvidos a ele, mas é na própria análise que o profissional apreende as ferramentas para se acessar o inconsciente a partir da fala. “o domínio da técnica é alcançado principalmente pela experiência clínica, a qual não diz respeito apenas ao atendimento de pacientes, mas também, e fundamentalmente, à experiência clínica da análise pessoal” (MACEDO e FALCÃO, 2005, p.69).

Além da análise pessoal, o profissional deve buscar também um espaço em que possa trabalhar o direcionamento do atendimento que realiza. Esse espaço seria a supervisão. Não se trata de alguém lhe direcionar quanto às condutas, mas atua como uma possibilidade de dizer e ouvir, direcionando a sua própria fala a outro. Trata-se de uma forma de construção do caso a partir do que salta de sua própria escuta.

O ato de escutar-se na análise pessoal permite a instrumentalização e a utilização de seu conhecimento como meio de incrementar a sua própria capacidade de escuta, além da sustentação de seu lugar. É somente quando o que escuta se coloca como objeto para o outro que a verdade subjetiva daquele que fala se manifesta. Mas para que o profissional se coloque

como objeto, é necessário que ele tenha para onde levar suas próprias questões que se manifestarão durante o processo de escuta. Nesse sentido, a análise pessoal é a principal ferramenta do analista.

Não propomos aqui que todos aqueles que tenham interesse de trabalhar a escuta sejam psicanalistas, mas é necessário explicitar que a partir do momento em que se propõe a chamar a tona “os demônios” do sujeito, como Freud colocou, o ideal é que tenhamos condições de sustentá-los, além de estarmos trabalhando os nossos próprios demônios.

Por todas essas questões que envolvem o processo de escuta, entendemos que não há um espaço pré-estabelecido para que esta ocorra, podendo estar relacionada a qualquer campo de prática. Pode-se realizá-la transversalmente em qualquer atuação profissional, e nesse sentido se aplica também à enfermagem.

Como meio de exemplificar a atuação da enfermagem embasada pela teoria psicanalítica, apresentamos um instrumento teórico metodológico construído com o intuito de oferecer ao profissional enfermeiro elementos que lhe auxiliem no cuidado ao outro. O instrumento ‘CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: uma proposta metodológica’ foi viabilizado a partir de oficinas realizadas com enfermeiros dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). Nesses encontros foi possível discutir acerca das dificuldades e potencialidades do campo de prática dos enfermeiros, além de conceitos como sujeito, escuta e diagnóstico. A partir do que exposto pelos profissionais, esse instrumento foi construído associando abordagens psicanalíticas e teorias de enfermagem que se associassem ao que havia sido identificado.

Sua organização seguiu a proposta do processo de enfermagem por considerar esse o elemento que mais intensamente oferece condições de se construir a autonomia no cuidado de enfermagem. Entende-se o processo de enfermagem como “um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro que possibilitará o desenvolvimento de ações e planejamento que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos” (MONTEIRO, *et al*, 2011, p.6). Assim foi organizado em investigação, diagnóstico, plano assistencial e plano de cuidados e avaliação, todos pautados em uma clínica do sujeito.

Na investigação, foi apresentada a anamnese como uma busca de dados sobre o indivíduo cuidado, fugindo de rotulações e permitindo que nessa etapa o sujeito possa aparecer

em sua fala. Considera-se a fala como uma demanda que nesse caso se dirige ao profissional. A partir da coleta de dados, parte-se para o diagnóstico que nesse caso utilizou o referencial psicanalítico, e não biomédico como costumeiramente se dá em unidades de saúde mental, portanto, o diagnóstico estrutural. Essa classificação também vem de encontro à padronização que o diagnóstico tende a impor aos sujeitos. Ele é aqui colocado como meio de se obter um conhecimento acerca do sujeito que o mesmo desconhece, como o sentido do sintoma e o posicionamento dele diante do outro.

O plano assistencial vem sendo apresentado como consequência ao diagnóstico e trata-se das intervenções a serem realizadas durante o cuidado. Destaca-se aqui um impasse já que a psicanálise não considera a possibilidade de prescrição de uma intervenção diante daquilo que se mostra como imprevisível. Mas o instrumento nos oferece como saída a possibilidade de acolher a queixa e dar meios para que o sintoma seja dito por meio da escuta e da livre associação de ideias. Para finalizar, a avaliação é pensada no sentido de não permitir que a repetição se mantenha continuamente e, além disso, a avaliação deve ser pensada também como voltada para o próprio profissional. Nesse ponto, ressalta-se que essa avaliação passa pela supervisão do mesmo.

Outros trabalhos exemplificam de forma ainda mais intensificada as contribuições da psicanálise para o campo de atuação da enfermagem. Almeida (2009) construiu em seu trabalho ‘CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito’ um caso clínico pautado na realização da escuta e embasado pela teoria psicanalítica, resultante de atendimentos em um CAPS geral.

O seu caso tratava-se de uma paciente que procurou a unidade com a queixa de falta de ar e auto titulando-se portadora de síndrome do pânico, mantendo como tratamento apenas o uso da medicação sertralina. Quanto à queixa da falta de ar, ela afirmava que nunca havia faltado esse ar, mas que tem medo de chegar a faltar. A enfermeira que lhe escutava ao ouvir isso indagou o que havia lhe faltado e ela lhe respondeu “o amor de meu pai”.

Por permitir o momento de escuta dessa paciente, foi possível identificar a construção do sintoma como resultante do processo da falta de seu pai do qual foi criada afastada. Apesar de ter tido um padrasto, este nunca foi determinante no papel de pai e esta falta veio lhe desencadear a formação de seu sintoma. Essa contribuição da escuta pautada na teoria

psicanalítica só foi possível a partir da fala que provavelmente em outros espaços não foi disponibilizada, sendo mantida apenas a terapia medicamentosa.

No trabalho ‘CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM DROGADIÇÃO: do drogadito aos ditos dos drogados, Paiva Filho (2011) também nos apresenta como a escuta pode estar relacionada à prática de enfermagem. Após alguns atendimentos também em um CAPS, mas dessa vez álcool e drogas, foi realizada a construção de dois casos clínicos, tendo como principal contribuição destacar o uso de drogas como um sintoma relacionado à estruturação psíquica do sujeito.

Um dos casos, intitulado Maluco Beleza, traz um paciente que se intitula Raul Seixas. Ele busca o serviço por considerar necessitar de um tratamento para o ato de beber e fumar. Aos poucos, ele relata que sente vontade de beber quando não é elogiado. Paiva Filho (2011) acrescenta que ao ter tido sua medicação modificada, neozine por clorpromazine, ele volta a beber e que, nesse contexto, a equipe decide estabelecer limites para que não entre no serviço alcoolizado. Ao ter sua medicação modificada novamente de volta ao clorpromazine, ele para de beber.

A partir da escuta e da análise das formações da linguagem que irrompem da fala, foi possível destacar nesse indivíduo uma estruturação psicótica, diagnóstico psicanalítico, e demarcar seu sintoma pelos quadros de delírios e o uso de drogas. A relação com o Outro nesse caso se dá de forma muito estreita. Foi a partir de um convite do profissional que ele intensificou sua participação nas atividades do CAPS e também por isso ele destaca querer fazer uso do álcool quando não é elogiado, ou seja, quando não satisfaz o desejo do Outro.

A partir de sua fala, nesse caso intensificada pelas músicas de Raul Seixas, o Maluco Beleza traduz também a sua relação com a mãe, o que evidencia a sua estruturação. O que podemos perceber nesse caso? Podemos concluir que a partir da escuta e da compreensão acerca da estruturação do sujeito foi possível compreender os delírios e sintomas manifestados. Esse conhecimento não havia sido obtido anteriormente pela falta de espaço para a escuta do mesmo, o que se confirma pela forma arredia de lidar com os profissionais da equipe, mas que foi rompido a partir do convite do enfermeiro que viabilizou esse espaço de escuta. Podemos destacar nesse caso uma intervenção da equipe que foge da utilização da linguagem como acesso ao sujeito: estabelecer limites para a entrada no serviço.

Assim, enfatizamos ser essencial que se busque cotidianamente possibilidades de se oferecer uma clínica pautada na subjetividade, permitindo que o sujeito seja evidenciado a partir de sua fala. Com essa discussão, acreditamos poder ter oferecido elementos que desencadeiem o interesse de se buscar uma prática que permita a manifestação do sintoma como algo que fala no corpo, permitindo enfatizar a posição do sujeito frente à linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho tivemos como pretensão mergulhar no universo da dor, principalmente da fibromialgia, de forma a tentar entender que questões estão relacionadas à manifestação dessa queixa. Seguindo nesse sentido, a psicanálise foi para nós uma ferramenta de trabalho que permitiu uma ampliação do olhar em torno dessa dor, destacando o sujeito do inconsciente estruturado a partir da linguagem.

De certo nossa jornada não se iniciou aqui. Mas foi a partir da construção dos relatos aqui apresentados que foi possível analisar, na singularidade de cada caso, como as mulheres portadoras do diagnóstico de fibromialgia significam sua experiência de dor. Mas para chegarmos a esses resultados algumas discussões prévias foram necessárias.

A assistência em saúde hoje pautada no modelo biomédico apresenta uma abordagem orgânica como foco principal de sua prática, de forma a enfatizar a queixa distanciada do sujeito que a refere. A assistência de enfermagem também apresenta essa abordagem de forma mais predominante. Nesse sentido, o profissional de enfermagem acaba representando um mero executor de atividades solicitadas por outra classe profissional.

Na tentativa de oferecer um cuidado diferenciado, há um movimento de considerar outros aspectos relacionados ao paciente como contexto familiar, financeiro ou humor. Os enfermeiros estão trazendo para si a atribuição de considerar esses elementos. Entretanto, apesar de haver essa tendência, não é disponibilizada uma prática em que seja possível a escuta do sujeito para além da sua queixa e, conseqüentemente, não se permite que o sujeito se manifeste pela fala.

A psicanálise nos propõe, então, uma abordagem diferenciada do que costumeiramente encontramos na saúde. Diante da necessidade de ouvir, Freud nos disponibiliza essa teoria pautada na escuta e na livre associação de ideias com meio de se fazer destacar o sujeito do inconsciente e a sua estruturação, a partir da fala. É por esse meio que se faz possível destacar o sujeito do inconsciente, portador de uma falha fundamental, que nos caracteriza como faltoso. É esta falta que o torna um sujeito desejante.

Essa discussão foi essencial para a construção de nossos relatos. Em nosso primeiro relato, Marizete, apresentamos uma mulher que tendo a vida perpassada pela dor, gera como sintoma uma forma de proteção para não quebrar. Ele tem a dor marcada pelos significantes “parar para não quebrar”. Os significantes destacados apontam para um possível relação com uma cena fantasmática onde uma criança é abusada. Tivemos nos conceitos de sintoma, fantasia e castração a estruturação teórica do caso. Em Marizete é sugerida uma dimensão fantasmática e inconsciente daquilo que a medicina chama de fibromialgia. É nas fibras desse corpo marcado pelo significante que a mensagem desse sintoma se deixa falar.

No segundo relato, Frida, temos uma construção teórica acerca de uma mulher que transformou a dor, tão presente em sua vida, em arte. A partir de sua biografia e seus relatos, consideramos uma possibilidade de construção do seu sintoma em torno de uma fantasia, de não ser filha de seus pais, mas teve como essencial elemento em sua construção o conceito de repetição. Sua vida foi marcada por um ciclo de repetições de tragédias que vinham na tentativa de resgatar uma dor inicial e que foram significadas como uma repetição de meios de marcar, sequestrar o corpo. Seu sintoma foi composto também pelo posicionamento histórico ao negar a sua falta na construção de uma figura que lhe representasse completa ou nas diversas atividades masculinas que realizava em contraposição à sua seqüela. E é essa falta que vai retratar a posição de feminino e de mascarada tão marcada na vida de Frida ao se caracterizar de uma figura tradicional mexicana.

Essas duas mulheres nos permitiram entender que a dor vai além da queixa. A manifestação de seus sintomas tem significados que vão depender da representação inconsciente de fatos que lhe ocorreram. Os elementos relacionados à vida do sujeito estão intrinsecamente associados ao sintoma. A dor não surge isoladamente, atrás de seu ‘aparecimento’ surge um sujeito que só se manifesta pela fala. Além disso, esse sintoma não apresenta apenas o tom de sofrimento, mas mantém no gozo a possibilidade de uma repetição de um prazer anterior.

Essa concepção de sintoma e a relação da construção fantasística para seu surgimento foram as principais conclusões acerca desses casos, mas sabemos que muito mais podemos inferir de nossos resultados. Cada uma dessas mulheres aqui apresentadas tem em seu sintoma algo de particular, único, que nos estimula a entender que uma queixa não pode ser abordada

igualmente em indivíduos distintos. Temos duas mulheres com queixas semelhantes, mas que geram respostas diferentes diante dessa queixa: uma paralisa para não quebrar e a outra faz arte.

Em ambos, tivemos a ciência utilizando dessas mulheres como corpos des-subjetivados que detém uma dor a ser eliminada. Marizete utiliza de inúmeros fármacos que maquiavam sua queixa, mas que logo permite retorne das mesmas de forma ainda mais intensa. E Frida foi alvo de inúmeras cirurgias, algumas buscadas por ela e que muitas vezes não eram necessárias.

Entendemos que a maior contribuição que obtivemos foi perceber que diante da possibilidade de se realizar uma escuta, pudemos destacar elementos tão relevantes na estruturação do sujeito e que não haviam sido antes demarcados. A escuta vem como desencadeador de uma ênfase no sujeito de linguagem de que cuidamos e apenas por permitir que o inconsciente se manifeste que podemos destacar a real construção simbólica que leva ao sintoma.

O entendimento de que há uma posição de gozo diante do sintoma, fazendo com que permaneçam na posição de repeti-lo também é de essencial relevância. Além disso, devemos destacar que o sintoma surge como tentativa de tamponar uma falta resultante da perda de elementos que se associam ao objeto causador de uma satisfação inicial. Consideramos que a compreensão acerca desse processo permite ao profissional a possibilidade de se esquivar da posição de detentor do saber e da necessidade de eliminação do sintoma. Este deve ser trabalhado, mas não é a sua eliminação que gerará resultados satisfatórios ao sujeito, pois a falta originadora permanecerá e outros sintomas serão criados para tamponá-la. Além disso, a solicitação de eliminação de uma dor nem sempre vai representar realmente esse desejo de nossos pacientes. Marizete reflete bem isso. Ela dirige uma demanda ao profissional de eliminação da dor, mas na verdade esse sintoma lhe mantém na posição de proteção para não quebrar. Então ela para. Percebemos com isso que somente a partir da fala e da linguagem que podemos realmente ter acesso ao inconsciente e à sua real demanda.

Estendendo as contribuições decorrentes da psicanálise para o campo da saúde em geral, concluímos que a escuta pode estar presente em qualquer campo de atuação. Uma escuta qualificada centrada nas questões particulares de cada indivíduo permite ao cuidado em saúde uma abordagem de qualidade, distante das objetivações e da restrição ao sintoma orgânico,

como se observa no modelo atual. Dessa forma, faz-se emergir de sua fala outra dimensão de sua existência, algo que surge a partir do conteúdo inconsciente que produz significações e que se manifesta de forma desconhecida para ele. Uma escuta que permita que se aposte na hipótese de que há um inconsciente do lado de quem fala e de que este detém o saber acerca do indivíduo e não o profissional que escuta é o que se pretende dentro da psicanálise.

Além disso, é necessário entendermos que, como sujeito de linguagem, a fala deve ser valorizada não apenas como descrição de sintomas, mas como meio de acesso ao sujeito do inconsciente e ao valor simbólico do sintoma. Pois, somente no campo simbólico, marcado pelo significante que esse corpo se presentifica e são esses significantes que nomeiam os fatos ocorridos na vida de cada um. Portanto, a associação entre corpo e psique desencadeia as queixas e, dessa forma, não podemos dissociá-los durante o cuidado.

A Clínica do Sujeito vem traduzindo esse modo de atuação no cuidado, propondo uma prática onde do paciente são consideradas as especificidades e os desejos, tornando-o atuante em seu próprio cuidado. As intervenções de enfermagem, associadas às suas ideias, devem extrapolar seu caráter instrumental e serem perpassadas por uma articulação com ferramentas de escuta, onde a palavra é a principal matéria prima. Sendo assim, essa nova clínica sugere a mudança do foco da cura para uma perspectiva de desconstrução/reconstrução de sentidos.

As construções presentes em nosso trabalho puderam nos oferecer um conhecimento inicial acerca de temáticas complexas como sintoma, fantasia e feminilidade. Mas muito ainda há para discutir. Sabemos que durante o período de realização de um mestrado, não poderíamos ter resultados que contemplasse toda a discussão Freudiana acerca desses temas. Além disso, as dificuldades durante os momentos de escuta e a não continuidade desse processo também atuaram como fatores limitantes. Entretanto, acreditamos que conseguimos extrair os elementos essenciais para a compreensão desses conceitos e um melhor entendimento acerca da dor.

Temos a concepção de que não encerramos a discussão. Ao contrário, durante a realização desse trabalho, tivemos a pretensão de representar apenas uma fagulha que desencadeie o interesse em cada um de conhecer a abordagem psíquica e a utilização da escuta em nossas práticas. Somente a partir do desencadeamento dessa busca que poderemos ampliar a participação do sujeito em nosso cuidado. Por outro lado, favorece-se também aos outros profissionais embasando suas práticas, pois quanto mais se pesquisa, maior a contribuição para

o número de publicações acerca da temática tão carente em nosso meio, principalmente no campo da enfermagem.

Sabemos que o caminho não é fácil. Na verdade, muitas vezes sentimos isso na própria pele por tentarmos abordar, dentro de uma formação predominantemente tecnicista, conceitos que aprofundem o conhecimento psíquico sobre cada um de nós. ‘Nadamos contra a maré’ em algumas situações e nem sempre somos compreendidos quanto aos nossos posicionamentos como sujeitos e pesquisadores. O aprofundamento teórico também nos oferece muita dificuldade, principalmente por não termos sido iniciados dentro desse olhar durante a nossa formação. Como resultado disso, nossas emoções acabam sendo expostas, se intensificando. Mas que grande conquista não ofereceu caminhos árduos?

Não propusemos aqui essa teoria como única possibilidade de atuação, mas acreditamos que discutir outras concepções favorece cada um de nós a buscar os nossos próprios caminhos em prol de um objetivo comum: oferecer um cuidado de qualidade. Esperamos que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, compreendam que há outra dimensão de cuidado para além da queixa. Não podemos continuar ignorando a dimensão subjetiva em nossa prática, sabendo que não nos restringimos a um corpo doente. O cuidado precisa ser encarado como algo singular e específico para cada paciente, valorizando-o quanto às suas individualidades.

Essa é a proposta que fazemos aos próximos pesquisadores: que os ensinamentos oferecidos por nossas duas heroínas sejam desencadeadores de outros estudos que visem explorar a concepção de dor, ou outras queixas, associada à significação subjetiva desses sintomas.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia; HORTÉLIO, Andrea. Psicanálise em Hospital: por uma Clínica do Sujeito. Trabalho publicado nos anais do **II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2006.**

ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha de. CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. Dissertação. Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará. 2009.

ALMEIDA, Fabrício Fernandes; COSTA JUNIOR, Àderson Luiz; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira; TURRA, Virgínia. Experiência de Dor e Variáveis psicossociais: o Estado da Arte no Brasil. **Temas em Psicologia**, Vol. 18, ano 2, p.367 – 376, 2010.

ALVARES, Tatiana Teixeira; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Fibromialgia: interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, May 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Nov. 2012.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicossomática e a psicologia da dor**. 1.ed. São Paulo: Editora Pioneira, 2001. 151p.

ASSAD, Margarida Maria Elia et al. Algumas contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. **Revista Conceitos**. Paraíba, n.11, p.111-117, 2004.

BARTH, Luís Fernando Barnetche. **Da figuração à transfiguração da fantasia na construção do caso: as ficções metapsicológicas**. 2006. 172p. Tese (Doutorado em Psicologia do desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

BASTOS, Daniela Freitas et al . Dor. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jun. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 30 nov. 2012.

BECHARA, Evanildo. Mini dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: NovaFronteira, 2009.

BORGES, C. S.; LUIZ, A. M. A. G.; DOMINGOS, N. A. M.. Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. **ArqCiênc Saúde**, 2009 out-dez; 16(4):181-6

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Textocontexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009&lng=en&nrm=iso>.access on 30 Nov. 2012.

BRASIL, Agência (2004, 03 de agosto). **Jornal Saúde**. Acesso em 31 de março de 2006, disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_print.asp?cod_noticia=1562

BRESSAN, Vânia Regina; SCATENA, Maria Cecília Moraes. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Oct. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2012.

BRUNNER; SUDDARTH, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Editores: Suzanne C Smeltzer, Brenda G Bare, Janice L Hinkle, Kerry H Cheever. Tradução: Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CALDASRIBEIRO, H. A Mulher e suas máscaras. In: A Mulher: na Psicanálise e na Arte. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria: 1995.

CALLIGARIS, Contardo. Dores do espírito e dos músculos. **Folha de S. Paulo**, 5/4/2001. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq0504200123.htm>. Acesso em 30 de novembro de 2012.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; RODRIGUES, Avelino Luiz. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças** – Psicologia da Saúde, 13 (2), jul-dez 2005.

Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/viewFile/826/841>. Acesso em 30 de nov de 2012.

CAON, José Luiz. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol7, ano 2, 1994.

CARNEIRO RIBEIRO, M. A. “Ela anda em beleza, como anoite”. In: A Mulher: na Psicanálise e na Arte. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria: 1995.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. O Sofrimento da dor em câncer. In CARVALHO, J. M. M. M. (Eds.), **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno; 2003, 1ª ed.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORVO, Rafael E. López. Uma visão epistemológica do inconsciente. (Olga C. Rouco, trad). Revista Psicanalítica, Porto Alegre, vol6, ano 3: 435-49, 1999.

COSTA, T. **Édipo**. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010, v.89.

CRUZ, Roberto Moraes; SARDA JR., Jamir João. Diagnóstico de aspectos emocionais associados à lombalgia e à lombociática. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, jun. 2003 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2012.

CUKIERT, Michele.; PRISZKULNIK, Léia. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **ESTUDOS DE PSICOLOGIA**, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10961.pdf>. Acesso em 30 de nov de 2012.

DOR, Joel. **Introdução à leitura de Lacan**, v. 1. Porto Alegre: Artes Médicas. 203p. 1993.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. - 3.ed. – rio de janeiro: Jorge zahar Ed., 2010, v.50. 80p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6 ed. – Curitiba: Positivo, 2004.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: forense universitária, 1994.

FREUD, Sigmund (1893-1895). Estudos sobre a histeria. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

_____ (1888). Histeria. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

_____ (1895). Projeto para uma psicologia científica. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.III.

_____ (1897). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 69. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I

_____ (1900). A Interpretação dos Sonhos. *In:* Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.4.

_____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

_____ (1909a). Cinco lições de psicanálise. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

_____ (1909b [1908]). Romances Familiares. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

_____ (1914) Recordar, repetir e elaborar. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago,

1996, v. XII

_____ (1915a). O Recalque. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, v. I.

_____ (1915b). Pulsão e os Destinos da Pulsão. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, v. I.

_____ (1917a) Conferências introdutórias sobre a psicanálise. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I

_____ (1917b). Fixação em traumas – o inconsciente. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____ (1917c). Os caminhos da formação dos sintomas. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____ (1919) “Batem numa criança”: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. *In:* FREUD, Sigmund. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. 14.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

_____ (1923). Uma breve descrição da psicanálise. *In:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

_____ (1924) A dissolução do complexo de Édipo. *In:* FREUD, Sigmund. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, v. 16.

_____ (1925) Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v XIX.

_____ (1931) Sexualidade feminina. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI

_____ (1933[1932]) Feminilidade. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 22.

_____ (1940 [1938]) Esboço de psicanálise. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII.

GALLINA, J. T. FICÇÃO E FIXAÇÃO: a amarração da fantasia à repetição. Dissertação. Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida, 2010.

GONZALEZ REY, Fernando. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia.** São Paulo: Thomson. 2005. 408p.

HERRERA H. FRIDA: a biografia. São Paulo: Globo, 2011.

IRIBARRY, Isac Nikos. O que é pesquisa psicanalítica?. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, June 2003 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100007&lng=en&nrm=iso>.access on 30 Nov. 2012.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. (1988) *sexo e discurso em Freud e Lacan.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.172

JURANVILLE, Alain. **Lacan e a filosofia.** 1. ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

KANTORSKI, Luciane Prado et al . Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, Sept. 2005 .disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2012.

LACAN, J. (1964)O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1958) Asignificação do falo. In:Escritos. Riode Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LE ROBERT. (1992) dictionnaire de la langue française. Paris

LEITE, Adriana Campos de Cerqueira; PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. **Psyché**. São Paulo. ano/vol VII, num 012, dezembro, 2003. Pp.97-106. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/307/30701207.pdf>. Acesso em30 de nov de 2012.

LIN, TchiaYeng; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; BARBOSA HF. Fisiopatologia da dor nos doentes com LER. In: Oliveira Chrysóstomo Rocha de, organizador. **Manual Prático de LER** - lesões por esforços repetitivos. 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 1998. p.191-204.

LIPP, Marilda. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, Marilda, organizador. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 17-22.

LIPP, Marilda; MALAGRIS, Lúcia. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé B, organizador. **Psicoterapias cognitivocomportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 475-90.

LOYOLA, Cristina Miranda; ROCHA, Ruth Mylius. Compreensão e crítica para uma clínica da enfermagem psiquiátrica – apresentação. **Cadernos IPUB**, vol. 19: 7-10, 2000.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê** — Ano IX — nº 15 — São Paulo — jan-jun/2005 — p. 65-76.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê* — Ano IX — nº 15 — São Paulo — jan-jun/2005 — p. 65-76

MELMAN, C. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: CMC, 2003.

MILLER, Jacques-Alain. (2005/1995) silet: os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan. Tradução de Celso Rennó Lima. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

MILLER, Jacques-Alain. “Osintoma e o cometa”. Em: *Opção Lacaniana*, nº 19. São Paulo: Edições Eolia, Agostode 97, p. 8. Este artigo corresponde à primeira conferência de Miller em seu seminário do VII Encontro do Campo Freudiano em São Paulo, abril de 1997, cujo tema era: “As novas formas do sintoma”.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MONTEIRO, Antonio Rodrigo; SCHREIBER, Gianna; SADE, Priscila Meyenberg Cunha. O papel do enfermeiro frente ao manejo da dor em adultos. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba*, v.1, n.2, p.2-11, jul./set. 2011

MORENO, J. R. A Teoria Moderna da Dor e suas Conseqüências Práticas. **Revista Prática hospitalar**. Ano VI, num 35, set-out/2004.

MURTA, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), **Dor** – um estudo multidisciplinar (2ª ed., pp. 174-195). São Paulo: Summus Editorial.

NASIO, J. D. A histeria: teoria clínica e psicanalítica. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

NEUBERN, M. S. Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 303-310, abr./jun. 2009

OCARIZ, M. C. é o sintoma uma desordem a ser “curada”? in FUKS, L. B. e FERRAZ, F. C. **O sintoma e suas faces**. – São Paulo: Escuta / Fapesp, 2006.

OLIVEIRA, D. C.; VIDAL, C.R.P.M.; SILVEIRA, L.C.; SILVA, L.M.S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):521-6.

OLIVEIRA, F. B. Concepção de sujeito em saúde mental. **NEUROBIOLOGIA**, 71(1-2) jan./jun, 2008.

PAIVA FILHO, Francisco. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM DROGADIÇÃO: do drogadito aos ditos dos drogados. Dissertação. Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará. 2011

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S.. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto- enferm.** v.15 n.2 Florianópolis abr./jun. 2006.

PEREIRA, L. V., SOUSA, F. A. E. F. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(4), 563-567, 2007.

PERES, M. F. P. Fibromialgia, fadiga e cefaléias. **Revista Einstein**, 2 (supl 1):49-57, 2004.

PIMENTA, C. A. M., PORTNOI, A. G.. Dor e cultura. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), **Dor** – um estudo multidisciplinar (2ª ed., pp. 159-172). São Paulo: Summus Editorial, 1999.

POLLO, V. **Mulheres históricas**. Editora contra capa. Rio de Janeiro, 1ª edição, 2003.

QUINET. Um olhar mais: Ver e ser visto na psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

RANGEL, Maria Beatriz de Souza. HISTERIA E FEMINILIDADE. Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida. Orientadora: Gloria Sadala. 2008.

RÊGO BARROS, Maria do Rosário. “O medo sob transferência”. Em: *Latusa* n° 9. Rio de Janeiro: EBP-Rio, outubro de 2004.

RIGOTTI A M, FERREIRA M A. Intervenção de enfermagem frente ao paciente com dor. *ArqCiênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.

RODRIGUES, R. M. ; SCHNEIDER, J. F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 1999 .

SAÇA, Camila Simões; CARMO, Fernando Antero do; ARBULEIA , Juliana Priscila Silva; XAVIER DE SOUZA, Regiane C.; ALVES, Silvana Aparecida; ROSA, Beatriz Ângelo. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde(SUS). *J Health Sci Inst*. 2010;28(1):35-41

SAUSSURE, F. (1990) **Curso de linguística geral**. São Paulo: Edusp.

SEGANFREDO, MARCUS. A fantasia na clínica psicanalítica – travessia e mais além. Tese. Programa de pós-graduação em psicologia clínica e cultura. 2007.

SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; VIANA, D. L. **Dicionário ilustrado de saúde**. 4ª edição. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2009.

SILVEIRA, Lia Carneiro; AGUIAR, Denise Tomaz; PALÁCIO, Paula Danyelle de Barros; DUARTE, Mariana Karen Bringel. A CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 107-120, maio/ago. 2011.

SILVEIRA, V.F. **Os sons de Nicole**: ensaio metapsicológico sobre a modulação da voz na situação psicanalítica de tratamento através da operação do transitivismo. Dissertação. Curso de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003.

SLOMPO, T. K. M. S.; BERNARDINO, L. M. F . Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” E o quadro clínico “histeria” Descrito por Freud no século XIX. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, .ano IX, n. 2, jun/2006

SOLLER C. O que Lacan dizia das mulheres. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de. **AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA**: para buscar a

integralidade do cuidado em saúde. In: Política e Gestão em saúde: reflexões e estudos. CASTRO, Janete Lima, VILAR, Rosana Lima Alves. Natal: Ed. Observatório R H Nesc / UFRN, 2006. p.125-145.

TAQUETTE, S. R.. Doenças psicossomáticas na Adolescência. **Adolescência & Saúde**, volume 3, nº 1, 2006.

UCHITEL, M. Na borda do sintoma *in* FUKS, L. B. e FERRAZ, F. C. **O sintoma e suas faces**. – São Paulo: Escuta / Fapesp, 2006.

VIEIRA, Alcivan Nunes; SILVEIRA, Lia Carneiro; FRANCO, Túlio Batista. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.9 n.1, p.9-24, mar./jun. 2011.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental**. *Psicanálise e Saúde Mental Revista Curinga*. Belo Horizonte, EBP/MG, N.13:50-59, set 1999.

VILANOVA, A. Clínica e transmissão: o que a morte pode nos ensinar disso? Em *Psicanálise: pesquisa e clínica* (pp.25-55). Rio de Janeiro: Edições IPUC/CUCA. 2001

WOOD L. Fisiologia da dor. In: Kitchen S, Bazin S, organizadores. *Eletroterapia de Clayton*. 10ª ed. São Paulo: Manole; 1996. p. 80-86.

ZALCBURG, M. *Amor paixão feminina*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“DOR E FIBROMIALGIA: contribuições da psicanálise para o cuidado clínico de enfermagem”**. Com a mesma, objetivo Analisar, na singularidade de cada caso, como as mulheres portadoras do diagnóstico de fibromialgia significam sua experiência de sofrimento.

Para isso, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa através de uma entrevista gravada em aparelho MP3.

Esclareço que as informações coletadas na entrevista somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa e ficarão em sigilo; seu anonimato será preservado; a pesquisa não lhe traz prejuízo financeiro ou de qualquer outro tipo; a senhora pode desistir de participar pesquisa ou retirar seu consentimento no momento em que desejar.

Gostaria de pontuar que sua participação será de extrema importância para a concretização da pesquisa e o aumento dos conhecimentos científicos na área de enfermagem. Em caso de dúvidas ou dificuldades inerentes à própria pesquisa, a pesquisadora responsável Enfermeira Paula Danyelle de Barros Palácio estará disponível através do telefone (85) 87183250.

_____ Data: ____/____/____

Enfermeira Paula Danyelle de Barros Palácio

Responsável pela pesquisa

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado sobre a pesquisa **“DOR E FIBROMIALGIA: contribuições da psicanálise para o cuidado clínico de enfermagem”**. Concordo em participar da mesma e autorizo a utilização das informações por mim prestadas, estando ciente que meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes ao estudo.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do sujeito da pesquisa