

# O outro da dor

## *The partner of the pain*

Ricardo Azevedo Barreto

### Resumo

Com o objetivo de humanização da assistência, o autor debate sobre algumas concepções da abordagem psicanalítica acerca da denominada “dor física” do ser humano, sua diferença da “dor mental” e enfatiza que é questionável falar da dicotomia entre as dimensões física e psicológica da dor. Compreende que a dimensão psíquica está presente na “dor física” do paciente, e os efeitos do inconsciente podem ser analisados por um psicanalista na equipe de saúde, quando houver indicação.

**Palavras-chave:** Psicanálise, Dor, Inconsciente, Humanização, Saúde.

Os fenômenos dolorosos não se restringem aos seres humanos. Os enigmas da dor são muitos, assim como se constituem inúmeras as expressões da experiência dolorosa. Por exemplo, há quem fale da satisfação com a dor em si ou o sofrimento próprio, uma espécie de enamoramento. Existem ritos em diversas culturas humanas que envolvem situações dolorosas. Ocorrem diferentes transtornos psíquicos ou experiências subjetivas relacionadas à dor. Sinal vital, a dor tem função para a sobrevivência e a adaptação, assim como pode ser reconhecida em pinturas do ato de morrer.

Existem muitas formas de a experiência dolorosa se delinear: dor do parto, cefaleia, fibromialgia, dor do membro fantasma. A dor tem inúmeras classificações (central, periférica, aguda, crônica), pode ter relação com várias dimensões da existência, como a alimentação e o estresse, e ser compreendida por múltiplos enfoques. Ainda hoje é comum falar de “dor física” por meio de uma visão organicista, o que é distinto de uma compreensão biopsicossocial da dor. Nas reconhecidas modalidades físicas dos fenômenos dolorosos de um ser humano, a psique está presente, e seus efeitos inconscientes podem, nos casos indicados, ser acompa-

nhados e trabalhados pela escuta de um psicanalista na equipe de saúde com o intuito de humanizar a assistência.

Nas publicações especializadas em saúde, predominam as concepções médicas da dor. Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais” (TEIXEIRA, 2001, p. 329). Contudo, a culpa e as diferentes expressões de sofrimento psicológico ou da “alma” não se excluem do campo das dores humanas, quando os norteadores são as concepções da psicanálise, da filosofia, da teologia, etc. De acordo com Dallenbach *apud* Andrade (1998), Aristóteles concebe a dor, ao lado do prazer, como uma paixão da alma; além disso, a dor pode ser considerada um castigo ou uma redenção no catolicismo.

Freud não tece sistematicamente uma discussão sobre a dor física. Sobre tal temática, ele fala em *Projeto para uma psicologia científica*. Aborda a noção de barreira protetora e menciona a penetração dessa barreira por sensações físicas, ocorrendo a experiência de desprazer, relacionando a sensação a traços de memória (GRZESIAK; URY; DWORKIN, 1996). No mesmo texto, ao se referir à dor,

Freud (1990) fala da irrupção de grandes quantidades no sistema neuronal. Comenta também a relação entre dor e interrupção de continuidade, assim como a tendência contra a elevação da tensão e a fuga do sistema nervoso da dor, entre outros aspectos.

No *Rascunho I*, Freud (1990, p. 300) faz uma referência à enxaqueca, vista economicamente por meio da perspectiva da sexualidade: “efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual quando esta não consegue encontrar descarga suficiente”. No *Rascunho G*, Freud (1990) aborda a melancolia e fala de “uma retração para dentro”, que atua de modo inibidor, estabelecendo uma analogia com a dor.

Destaque-se que o conceito de barreira protetora não se mantém fundamental na psicanálise, mas é importante ao reconhecer o papel da memória da dor do passado (GRZESIAK; URY; DWORKIN, 1996). Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud (1990) aprofunda sua visão. Ao abordar “ansiedade, dor e luto” nos adendos desse texto, Freud se refere à “dor interna mental” e à “dor física”. É significativo o assunto: dor da perda do objeto, dor com estimulação periférica na pele, dor proveniente de um órgão interno. Freud acentua a diferença do “sentimento de perda de objeto” das dores oriundas da pele e de um órgão interno. Arremata, em seguida, que não é por acaso que se tenha construído a ideia de “dor interna mental” e tratado de modo equivalente “o sentimento de perda de objeto” e a “dor física”, explicando a última com base na noção de “catexia narcísica do ponto doloroso.” Comenta que se sabe muito pouco da dor e afirma:

*O único fato do qual temos certeza é que a dor ocorre em primeiro lugar e como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo instintual [pulsional] contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta do estímulo o*

*ponto que está sendo estimulado, é impotente [...] (FREUD, 1990, p. 196).*

Cabral e Nick (1997) explicam que, para a psicanálise, a dor resulta do excesso de “acumulação de afeto”. Comentam ainda que a “dor psíquica” é funcional e sem a presença do estímulo físico. Dantas (2013) reflete sobre a primeira grande dor, bem como a última dor, tomando como representações a vida e a morte. Aborda também que o feto tem aptidões para, de modo precoce, sentir *dor física*. Anna Freud (1968) pronuncia que o ego não se defende apenas em relação à “dor” proveniente de dentro, mas experimenta do mesmo modo a “dor” com origem no mundo externo.

Para a medicina, a dor tem indiscutível importância e deve ser avaliada e monitorada nas instituições de saúde. Contudo, a perspectiva do psicanalista, quando ocorre indicação de seu atendimento, é a da escuta de *quem sente a dor*: suas verbalizações e lamúrias, seus afetos, seus gestos, seus atos, seu silêncio... *o inconsciente*. No discurso médico, os estímulos nociceptivos, os motivos biológicos da dor e a “dor física” são expressões comuns. No discurso psicanalítico, a dor humana é igualada, às vezes, ao sofrimento, assim como o corpo pode ser compreendido em suas relações com a linguagem; o “sujeito” se depara com os estímulos externos, contudo também com as ameaças pulsionais, a conjunção de ambos.

Para o psicanalista, mesmo quando ocorre dano orgânico no ser humano, a carne lesada tem uma “alma”, o que se percebe sob diferentes manifestações da psique, por exemplo, por meio do sentimento de culpa: “O que eu fiz para merecer isso?” Nas experiências da denominada “dor física”, a pessoa tem seus investimentos objetivos empobrecidos. O mundo externo pode lhe *fugir* porque está mergulhada em seu sofrimento, que a endereça ao inconsciente, ao infantil e à sexualidade, entre outras nuances. Para a psicanálise, o trabalho não é com a dor, alerta e

proteção do organismo, que o médico avalia e monitora com muito cuidado, mas é com os desfiladeiros da subjetividade, a pulsão, a castração, a vida e a morte.

Em *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1990), a ideia de escudo protetor atravessado por excitações de fora reaparece ligada ao trauma e ao sofrimento físico. O conceito de catexia é central. Além disso, nessa obra, há a concepção de pulsão de morte, o que amplia a visão do funcionamento psíquico para Freud.

*[...] em Além do princípio do prazer (1920), Freud destaca que existem tensões agradáveis. Ele faz então intervir um fator temporal, ou seja, que não se deve apenas considerar o nível de investimento energético, mas também as variações desse investimento, seu ritmo, seu gradiente [...] (BOULANGER, 2006, p. 63).*

Existem várias dimensões implicadas no denominado “sofrimento somático”. A pessoa com “dor física”, bem como com “dor psíquica”, se apresenta em estado de *desamparo psicológico*, que é importante que seja reconhecido e trabalhado pelo psicanalista.

*[...] o fato da causação periférica da dor física pode ser deixado de lado. A transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança de catexia narcísica para a catexia de objeto. Uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual [pulsional] desempenha o mesmo papel que parte do corpo catexizada por um aumento de estímulo. A natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental [...] (FREUD, 1990, p. 197).*

Parece, por conseguinte, que os conceitos de desamparo, catexia/investimento e narcisismo são algumas das pistas para os complicados enigmas da dor e seus desdobramentos por meio da escuta de um psicanalista. Fica mais complexo o assunto quando

se pensa nas diferenças entre dores aguda e crônica, na causação periférica ou central da dor, nas síndromes dolorosas e suas relações com a história de vida das pessoas por elas acometidas, na vivência do membro fantasma, entre outros temas relevantes ao estudo dos fenômenos dolorosos pela psicanálise.

Existem diversos assuntos entrelaçados ao se referir à dor. Em *Luto e melancolia*, Freud (1990) aproxima luto de melancolia, ressaltando que, na primeira situação, está ausente a perturbação da autoestima. Menciona que a disposição para o luto é “dolorosa”. Por outro lado, comenta-se aqui: algumas pessoas que se queixam de dor parecem enlutadas ou até desenvolvem um quadro melancólico.

Não se pode falar de uma dicotomia entre soma e psique. A dor que o psicanalista escuta fala de um ser humano que tem carne e “alma”. *Quem sou eu, dor?* Essa é a travessia enigmática da perspectiva psicanalítica, que considera os fantasmas mentais, “o inconsciente estruturado como linguagem”, o desamparo, o investimento pulsional, a sexualidade, o narcisismo, a destrutividade, a castração, o luto e a morte. Por outro lado, enfatizar a particularidade de cada experiência de dor é reconhecer, por exemplo, que os estímulos externos ou internos podem ter uma importância maior ou menor em algumas situações, o que apresenta implicações clínicas diversas, por exemplo, em relação à indicação dos profissionais que irão compor a equipe no atendimento ao paciente.

Na abordagem da histeria, Freud e Breuer evidenciam que pode haver a apropriação da dor somática pela neurose (GRZESIAK; URY; DWORKIN, 1996). Seja ampliada tal visão para a psicose e a perversão, o que será posteriormente aprofundado neste texto. Melhor, então, seria dizer: o fenômeno doloroso desenhado cientificamente como orgânico toma os caminhos da subjetividade e a denominada “dor física”, porque assim foi concebida por uma esfera do saber, borra-se com o “sofrimento da alma” à escuta psicanalítica. Em tal perspectiva, a dor é única:

de cada “sujeito” singular com sua história. No recorte teórico delineado, não se concebe uma “dor física” de um ser humano sem ser reconhecido o *sujeito da dor*, sujeito esse que desconhece em demasia de si e do *outro/Outro*, sujeito, em parte, alienado pelo assujeitamento que o marca, às vezes, um “não-sujeito”.

Andrade (1998, p. 117) comenta:

*[...] quando a dor evolui de um sistema de proteção para o de um mecanismo defensivo, sua finalidade passa a ser de auxiliar a evitar ou afastar sentimentos ou experiências mais desagradáveis, como: culpa, sofrimentos frequentes, impulsos agressivos, perda real ou imaginária.*

Como se depreende, o corpo é habitado pela psique. A dor da carne também apresenta uma ferida anímica ou “dor da alma”. Para além da temática da dor, Freud (1990) menciona, inclusive, que alguns analistas comunicam que a análise para a situação de doenças orgânicas não é inauspiciosa, já que, não de modo infrequente, uma dimensão mental contribui tanto para a origem quanto para a continuidade de tais doenças.

Roudinesco (2000, p. 9) afirma:

*A psicanálise atesta um avanço da civilização sobre a barbárie. Ela restaura a ideia de que o homem é livre por sua fala e de que seu destino não se restringe a seu ser biológico [...].*

Com base na psicanálise, abordar a temática da dor é complexo. Se Freud não faz uma apreciação sistemática do que configura como “dor física”, pensa sobre o infortúnio das pessoas de modo muito consistente. A partir do que ensina Freud em *O mal-estar na civilização* (1990), indaga-se: não foi tamanho o sofrimento humano decorrente da restrição das pulsões, dos desejos, que permitiu a construção da civilização? Por outro lado, percebe-se que hoje algumas pessoas “necessitam” (os desejos são sentidos como

necessidades) da felicidade plena, o que constitui uma problemática para os seres humanos e seus laços sociais.

Aprofundando a reflexão, o romance familiar é fundamental numa perspectiva psicanalítica. Pode-se citar, entre outros pontos, a importância da travessia, ou não, do complexo de Édipo, na abordagem do tema. Com base em Quinet (2002), destaque-se que, na psicanálise, o diagnóstico estrutural pode ser formulado pelos três modos de negação do Édipo, que distinguem três estruturas clínicas: no recalque, nega-se o elemento, mas o conserva no inconsciente (neurose); no desmentido, nega-se o elemento, todavia o conserva no fetiche (perversão), e a forclusão, que é um tipo de negação que não conserva, inexistindo vestígio ou traço (psicose). Afirma o autor: “Os dois modos de negação que conservam implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na forclusão” (QUINET, 2002, p. 19).

Henriques (2012, p. 66) comenta:

*Neurose, perversão e psicose, ao invés de representarem doenças, representam modos de ser, portanto, esse diagnóstico não implica uma patologização, antes denota uma possibilidade existencial. Essas três estruturas clínicas definiriam modos de subjetivação, em função do mecanismo psicológico predominante que as caracterizaria: o “recalque” ou “recalcamento” (Verdrängung) na neurose; a “recusa”, “renegação”, ou “desmentido” (Verleugnung) na perversão; a “rejeição” ou “forclusão” (Verwerfung) na psicose [...]*

Reconhecendo essas três estruturas clínicas, não se pode deixar de considerar que o modo de lidar com o que se concebe como “dor física” pela medicina vai variar conforme a modalidade clínico-estutural da subjetividade do ponto de vista psicanalítico. A investigação da estrutura clínica e seu manejo no ofício dos psicanalistas são, portanto, de indiscutível importância.

Para a psicanálise, conhecer a dor de alguém é um percurso a partir da escuta e da sensibilidade da comunicação profunda com aquele que se propõe ao autoconhecimento. O profissional não sabe *a priori* da dor do outro, mas o escuta e possibilita que o analisando se escute e se depare com os efeitos do inconsciente. Desse modo, o psicanalista pode contribuir para a humanização da assistência em saúde. “A análise, sem que seja um dispositivo de mera adaptação social, trabalha potencializando os processos de subjetivação [...]” (BARRETO, 2013, p. 110).

A análise não tem término em sua aceção mais ampla. Expressa Roudinesco (2000, p. 150): “[...] Como revolução do sentido íntimo, a psicanálise tinha [tem] como vocação primária, por fim, modificar o homem mostrando que “O eu é outro” [...]”.

### Transmutação

A carne sangra  
o verbo faz-se carne  
a metamorfosear...

O verbo sangra  
a carne torna-se palavra  
a deslizar...

Carne e verbo sangram  
unem-se  
desataram-se algum dia?!

Bebe-se da uva  
o melhor  
o suco  
o vinho...

Doce banquete  
das metamorfoses  
do cotidiano...

RICARDO AZEVEDO BARRETO

### Abstract

*With the goal of humanization of care, the author discusses some conceptions of the psychoanalytic approach about the so-called “physical pain” of the human being, its difference from “mental pain”, and he emphasizes that it is questionable to talk about the dichotomy between the physical and psychological aspects of the pain. The author understands that the psychic aspect is present in the “physical pain” of the patient, and the unconscious effects should be analyzed by a psychoanalyst in the health team, when there is indication.*

**Keywords:** *Psychoanalysis, Pain, Unconsciousness, Humanization, Health.*

### Referências

ANDRADE, C. L. A dor e o processo emocional. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 101-121.

BARRETO, R. A. Nas avenidas da linguagem. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 39, p. 107-112, jul. 2013.

BOULANGER, J.-J. Aspecto metapsicológico. In: BERGERET, J. et al. *Psicopatologia: teoria e clínica*. 9. ed. Tradução de Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 52-88.

CABRAL, A; NICK, E. *Dicionário técnico de psicologia*. São Paulo: Cultrix, 1997.

DANTAS, O. M. S. A primeira dor e a última dor. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 39, p. 81-84, jul. 2013.

FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 1968.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. I.

FREUD, S. Rascunho G. Melancolia (1895). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. I.

FREUD, S. Rascunho I. Enxaqueca: aspectos estabelecidos (1895). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. I.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. XIV.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. XVIII.

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia (1923). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. XVIII.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (com os adendos) (1926). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. XX.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. XXI.

GRZESIAK, R. C.; URY, G. M.; DWORKIN, R. H. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996. p. 148-178.

HENRIQUES, R. P. *Psicopatologia crítica: guia didático para estudantes e profissionais de psicologia*. São Cristóvão: Editora UFS, 2012.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. 9. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. *JBA*, Curitiba, v. 1, n. 4, p. 329-334, out./dez. 2001.

\*Uma parte dessas ideias foi apresentada pelo autor anos atrás em *Jornada Interna do Círculo Psicanalítico de Sergipe* (CPS).

RECEBIDO EM: 10/09/2013

APROVADO EM: 16/09/2013

## SOBRE O AUTOR

### Ricardo Azevedo Barreto

Membro do Círculo Psicanalítico de Sergipe, instituição filiada ao Círculo Brasileiro de Psicanálise. Psicólogo pela USP. Mestre e doutor (Área: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) pela USP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CEPsic da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP. Teve experiência de treinamento no Butler Hospital (RI-USA). Editor da revista *Estudos de Psicanálise* do Círculo Brasileiro de Psicanálise no biênio 2008-2010 e no biênio atual. Coordenador do Programa de Humanização do Hospital São Lucas em Sergipe. Professor titular da Universidade Tiradentes (UNIT), onde ensina nos cursos de Psicologia e Medicina.

### Endereço para correspondência

Avenida Gonçalo Prado Rollemberg, 211/606 - São José  
Centro de Saúde Prof. José Augusto Barreto  
49010-410 - Aracaju/SE  
E-mail: ricardobarreto@saolucas-se.com.br