



Aspectos psíquicos da Síndrome Dolorosa Regional Complexa: uma leitura psicanalítica

Psychic aspects of Complex Regional Pain Syndrome: a psychoanalytic reading

Andressa da Silva TEMÓTEO¹  

Darla Moreira Carneiro LEITE²  

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP, Residência Multiprofissional em Cancerologia. Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Christus – UNICHRISTUS, Curso de Psicologia. Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:

Andressa da Silva Temóteo
andtemoteo@gmail.com

Recebido: 04 jun. 2025

Revisado: 08 dez. 2025

Aprovado: 16 dez. 2025

Como citar (APA):

Temóteo, A. S., & Leite, D. M. C. (2025). Aspectos psíquicos da síndrome dolorosa regional complexa: uma leitura psicanalítica. *Revista da SBPH*, 28(Esp 1), e009. https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp_1.893.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

A Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) é um distúrbio doloroso intenso e desproporcional aos achados clínicos do sujeito. A SDRC é decorrente de uma lesão, a qual é descrita como uma queimação com alterações sensoriais, motoras e tróficas. Este trabalho aborda essa síndrome a partir da perspectiva psicanalítica, tomando o corpo para além do somático. A pesquisa tem como objetivo compreender os aspectos psíquicos presentes nas narrativas de pacientes com SDRC. A partir da psicanálise, busca também contextualizá-la e apresentar a dor ao discorrer sua compreensão histórica e subjetiva. Trata-se de estudo de campo, de cunho exploratório e qualitativo realizado por meio de entrevistas clínicas com pacientes diagnosticados com SDRC. A pesquisa foi realizada em um comitê de dor presente num hospital de alta complexidade em Urgência e Emergência na cidade de Fortaleza/Ceará. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise temática, dividido em três temas: a necessidade de um trabalho de luto, compreendido pelas mudanças advindas com o fenômeno da dor, as perdas de papéis sociais e as mudanças no estilo de vida; a dificuldade dos pacientes falarem de si, evidenciando o adoecimento como algo capaz de paralisar o sujeito e impossibilitar a nomeação do afeto vivido; e o investimento libidinal do adoecimento e o desinvestimento em outras relações. Conclui-se que os pacientes trazem em suas narrativas aspectos relacionados ao sofrimento psíquico, devido ao desenvolvimento da síndrome, como também aspectos de sua história que podem ter potencializado a experiência de dor ou auxiliado para o seu enfrentamento. Os achados são importantes para direcionar os cuidados multidisciplinares para a dor e avançar em pesquisas que ampliem os conhecimentos na área.

Descritores: Dor; Corpo; Psicanálise; Psicologia.

Abstract

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) is an intense painful disorder that is disproportionate to the subject's clinical findings. CRPS is caused by an injury, which is described as a burning sensation with sensory, motor and trophic changes. This work approaches this syndrome from a psychoanalytic perspective, taking the body beyond the somatic. The research aims to understand the psychological aspects present in the narratives of patients with CRPS. From a Psychoanalytic perspective, it also seeks to contextualize it and present pain by discussing its historical and subjective understanding. This is an exploratory and qualitative field study, carried out through clinical interviews with patients diagnosed with CRPS. The research was carried out in a pain committee present in a high complexity hospital in Urgency and Emergency in the city of Fortaleza/Ceará. The content of the interviews was subjected to thematic analysis, divided into three themes: the need for mourning work, understood by the changes resulting from the phenomenon of pain, the loss of social roles and changes in lifestyle; the difficulty patients have in talking about themselves, highlighting the disease as something capable of paralyzing the subject and making it impossible to name the affect experienced; and the libidinal investment of illness and disinvestment in other relationships. It is concluded that patients bring in their narratives aspects related to psychological suffering, resulting from the development of the syndrome, as well as aspects of their history that may have intensified the experience of pain or helped in coping with it. The findings are important to direct multidisciplinary care for pain and advance research that expands knowledge in the area.

Descriptors: Pain; Body; Psychoanalysis; Psychology.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos e com o avanço da tecnologia, foi possível trazer à tona atualizações sobre a percepção, definição e classificação da dor. A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994) a definiu como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido” (Raja et al., 2020, p. 2, tradução nossa). Antes, ela era vista como algo majoritariamente de ordem fisiológica e entendida como um sinal de desordem no corpo, mas, com o tempo, passou a ser compreendida como sendo possível existir mesmo sem uma causa biológica (DeSantana et al., 2020).

Como resultado desses avanços, em 2019, a dor crônica foi incluída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID) (World Health Organization [WHO], 2019). Nessa definição ocorre uma mudança de compreensão na qual ela deixa de ser entendida como um aviso do corpo fisiológico e passa a ser justificada por algo de ordem psíquica, que pode possuir relação com sentimentos, emoções e afetos (Raja et al. 2020).

No que concerne à Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC), ela foi citada primeiramente por Paget (1864), patologista inglês. O cirurgião determinou um conjunto de sintomas que se assemelham à atual síndrome, nomeada à época de Causalgia, e posteriormente de distrofia simpático reflexa. Entretanto, foi somente em 1994 que a IASP (1994) estabeleceu uma única nomenclatura denominada Síndrome Dolorosa Regional Complexa (Cordon & Lemonica, 2002).

Segundo Goh et al. (2017), a SDRC se caracteriza enquanto uma condição neurológica crônica de cunho debilitante, podendo ter sido ocasionada por traumas, lesões ou cirurgias mal sucedidas. Afeta os membros do corpo do sujeito acarretando fortes dores e comprometimento nos âmbitos motor, sensorial, entre outros. Caracteriza-se por ser um conjunto de sintomas prevalentes associados à dor intensa e contínua. Entre os sintomas estudados, estão as alterações sensitivas, descritas como hiperalgesia, que se caracteriza como uma resposta aumentada frente a um estímulo capaz de provocar dor, e a alodinia, que se tipifica pela produção de dor a partir de um estímulo que comumente não causa dor. Também estão presentes alterações vasomotoras, como assimetria e/ou alteração na tonalidade da pele, o surgimento de edemas e alterações de sudorese também são fatores identificados em pacientes, associadas a alterações motoras, por exemplo, a diminuição de amplitude do movimento, fraquezas, tremores e alterações tróficas (Pacheco et al., 2016).

Visando qualificar o processo diagnóstico, essa síndrome é classificada em dois tipos. Em pacientes do tipo I não há lesão neurológica identificável, de forma que 90% dos pacientes são assim classificados. Em pacientes do tipo II, há uma lesão neurológica de fato, sendo apenas 10% dos pacientes enquadrados. As hipóteses também contemplam fatores imunológicos, genéticos e psicológicos (Giostri & Souza, 2024).

A síndrome, também gera efeitos na equipe de saúde. De acordo com Bortagaray et al. (2019), é perceptível a presença de sofrimento nas equipes multidisciplinares que se encontram responsáveis pelos cuidados diretos desses pacientes. Referem a presença, especificamente, de angústia nos profissionais de saúde visto que eles têm pouco conhecimento sobre a fisiopatologia da síndrome, o que torna o seu diagnóstico e o tratamento mais complexo. Além disso, os profissionais se veem limitados pela condição incapacitante da SDRC e pela falta obtenção de resultados promissores.

Entre os prejuízos citados como consequência da síndrome, Mazaro e Martins (2005) evidenciam as dificuldades encontradas na rotina dos pacientes, que se revelam pela limitação física, possíveis afastamentos das atividades laborais, desvalidação social e mudanças de papéis sociais que esses pacientes ocupam.

A respeito do processo diagnóstico, ele é feito por meio da exclusão clínica, sendo subsidiado por exames laboratoriais e de imagem, envolvendo a exclusão de doenças reumáticas, lesões nervosas e processos inflamatórios. Mediante a complexidade da doença, é defendido o tratamento multiprofissional para esses pacientes. O tratamento deve iniciar com analgésicos associados às sessões de fisioterapia para evitar o avanço da dor. As ações medicamentosas são diversas e não há um padrão de tratamento a ser seguido. As intervenções farmacológicas ainda podem associar analgésicos a dessensibilizantes e antidepressivos (Bortagaray et al., 2019).

Esta pesquisa se propõe a compreender os aspectos psíquicos presentes nas narrativas de paciente com SDRC e, neste intento, serão usados os pressupostos psicanalíticos como aporte teórico. Assim, diante da complexidade que comporta o fenômeno doloroso e distante de encontrar um sentido único para a dor e sua relação com o anímico, pretendemos alcançar a singularidade dessa relação por meio da escuta psicanalítica das narrativas desses sujeitos. Certas que não é possível entender a dor e o seu envolvimento com o sofrimento psíquico em sua totalidade, esperamos construir hipóteses de compreensão sobre a posição do sujeito com relação a sua dor.

DOR E PSICANÁLISE

Para realizar a discussão sobre a dor a partir dos fundamentos da psicanálise, primeiramente, abordaremos a noção de corpo para a psicanálise. Vale lembrar que em “O Mal-estar na civilização”, Freud (1930/2011) já apontava o corpo como uma das fontes de mal-estar para o homem. O corpo é tido como fragmentado em um primeiro momento, tendo em vista que a obtenção de prazer ocorre de maneira primária através das áreas erógenas. É mediante o redirecionamento dessa libido das áreas erógenas, durante o narcisismo, que teremos como resultado a constituição do Eu. Porém um conceito deve estar sempre presente quando se fala de corpo em psicanálise: o corpo é em essência pulsional (Freud, 1914/1996).

No que diz respeito ao conceito de pulsão, Freud (1915/1996) a define como algo que emerge entre o corpo e o psiquismo, cujo propósito é ser satisfeito, embora o objeto para que essa satisfação ocorra sofra variações, ou seja, a finalidade é sempre a satisfação e as formas para consegui-la são diversas. Entre elas, o corpo pode se tornar um desses objetos de investimento.

Embora Freud não tenha se dedicado aos estudos referentes à temática da SDRC, é indiscutível o fato de a dor estar entre as reflexões presentes em suas obras. No “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895, o psicanalista (Freud, 1895/1996), ao abordar a metapsicologia do aparelho psíquico cita como entende o mecanismo psíquico da dor sendo um marco para o estudo desse tema. Freud (1895/1996), em seus estudos pré-psicanalíticos, cita que todos os dispositivos de natureza biológica têm um limite e que a dor se manifesta ao ultrapassar esse limite natural, ou seja, quando há uma falha nesse dispositivo. Nesse trabalho, ele tenta descrever o aparelho psíquico por meio de uma rede de neurônios, os quais neles circulam uma quantidade de

energia que leva a fomentar uma atividade psíquica. Lembrando que essa articulação que Freud cria é metapsicológica, pois de fato esses neurônios não existem de maneira biológica.

Em sua obra sobre o narcisismo, Freud (1914/1996) volta a mencionar sobre a dor, colocando em discussão a influência que ela pode ter na distribuição do investimento libidinal e para ilustrar tal situação ele cita a dor de um orifício molar. Compreende-se que um sujeito portador de uma doença orgânica terá seu investimento anímico voltado para essa condição corporal.

Em outro texto freudiano, "Estudos sobre a histeria" (Freud, 1895/2006), ele nos apresenta a conversão histérica como uma formação do inconsciente, no qual o corpo padece a partir do sofrimento psíquico ou seja, as dores corporais são formadas em substituição as dores psíquicas. Mas, é no artigo "Tratamento psíquico (Tratamento anímico)" que Freud (1890/2017) manifesta a relação interdependente entre psíquico e corpo:

Os afetos em sentido estrito se caracterizam por uma relação muito especial com os processos corporais, mas a rigor todos os estados anímicos, mesmo aqueles que estamos acostumados a considerar como "processos de pensamento" são "afetivos" em certa medida, e nenhum deles prescinde das manifestações corporais e da capacidade de transformar processos corporais (p. 119).

Logo em seguida, no mesmo artigo, Freud (1890/2017) exemplifica essa condição com a manifestação da dor: "na avaliação de dores que normalmente se associam a fenômenos corporais, deve-se considerar sua evidente dependência de condições anímicas" (p. 26). Dessa forma, o que Freud deixa bem definido é que tanto os fenômenos psíquicos quanto os corporais estão constantemente em íntima relação. Isso nos leva a entender que tanto acontecimentos dolorosos no corpo tem seus efeitos no psíquico como as implicações psíquicas podem levar a dores corporais.

Vamos encontrar em Freud (1914/1996), uma referência a esse desinvestimento libidinal quando o sujeito está tomado pela dor:

É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. A banalidade desse fato não justifica que deixemos de traduzi-los nos termos de teoria da libido. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera (p. 89).

Na obra "Inibição, sintoma e angústia", Freud (1926/1996) traz uma diferenciação entre dor psíquica e angústia. A dor psíquica é definida como a perda de um objeto de amor

e a angústia como a resposta da ameaça de uma possível perda. A dor psíquica não se restringe à perda do objeto amado, mas também à dor da humilhação, abandono ou mutilação. Buscando avançar na temática, ainda fundamentado pelo viés psicanalítico, Nasio (2008) afirma que não há diferença entre dor física e psíquica e entende a dor como um fenômeno que ocorre no limite entre o corpo e a psique. Em sua concepção, a dor corporal é compreendida como um corpo ferido enquanto a dor psíquica corrobora com o que Freud traz em sua obra, entendida como um objeto de amor perdido, objeto esse representado por uma pessoa, um valor ou uma coisa e que termina por gerar também dor.

Ainda no que diz respeito à dor, Leite e Teixeira (2022) ressaltam que a dor não está inserida na concepção psicanalítica de prazer e desprazer. Isso porque o prazer é descrito como um curso de energia constante, enquanto o desprazer é tido como um curso de energia inconstante e acelerado.

A função da dor nos sintomas que se inscrevem no corpo, segundo Gonçalves (2022) podem ser compreendidas também pelas noções de gozo e de real. Lacan (1966/2001), em seu texto "O lugar da psicanálise na medicina", faz o seguinte comentário sobre a dor: "há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada" (p. 12). De acordo com Gonçalves (2022), nesse comentário de Lacan (1966/2001), deve-se considerar a dimensão do gozo presente na dor, como um gozo do outro. Entendendo esse campo do Outro como uma experiência que pode se verificar um excesso de linguagem e, que por conta disso, o sujeito porta uma marca a qual ele não tem domínio.

Então, diante da proposta de conhecer os aspectos psíquicos que acometem um sujeito com dor, mas precisamente SDRC, é preciso considerar a diversidade de implicações psíquicas que podem estar interferido no processo aléico. Os mecanismos que estão causando a dor devem ser reconhecidos em sua complexidade podendo muitas vezes se entrecruzar.

MÉTODO

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa de cunho exploratório e natureza qualitativa, a partir do referencial teórico da psicanálise.

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

PARTICIPANTES E CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os pacientes acompanhados pelas autoras no Ambulatório da Dor de um hospital de alta complexidade em urgência e emergência, na cidade de Fortaleza/Ceará. No momento da realização da pesquisa, a equipe era constituída de

forma multiprofissional por anestesistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos. O tratamento é voltado para pacientes que possuem diagnóstico de dores agudas e crônicas.

Participaram sete pacientes ambulatoriais assistidos pelo Ambulatório da Dor com o diagnóstico da SDRC, com idades entre 21 e 62 anos. O recrutamento dos participantes ocorreu por indicação feita pela equipe multiprofissional. Dos pacientes entrevistados, temos a participação de seis mulheres e um homem. Visando garantir o sigilo, foram usados nomes de flores para representar cada um deles.

INSTRUMENTO

A pesquisa teve como principal instrumento a entrevista clínica (Ferreira, 2018) associada a uma escuta psicanalítica. Através da entrevista foi propiciado um espaço de fala, fundamentado pela associação livre e depois de transcrita foi submetida a uma análise temática.

ANÁLISE TEMÁTICA

Foram construídas três cadeias narrativas que atravessaram o discurso dos participantes da pesquisa: a presença de um processo de luto; uma dificuldade para falar de si; e investimento na dor e desinvestimento no mundo. Conforme proposto por Iribarry (2003), a análise de dados foi conduzida por meio da leitura dirigida pela escuta. Esse processo assemelha-se com a escuta clínica psicanalítica e se busca identificar o sentido por trás dos significantes utilizados, com interesse em identificar as falhas, os chistes e tropeços do discurso posto, além de explorar de forma atenta quais significantes compõem o discurso do entrevistado.

ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas as recomendações dispostas na Resolução n. 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), garantindo as informações sobre a pesquisa, a confidencialidade dos dados fornecidos, isenção de custos e o direito de desistência a qualquer momento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da instituição onde ocorreu a coleta (CAAE: 66216722.60000.5047).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TRABALHO DE ELABORAÇÃO DO LUTO

Durante as entrevistas realizadas, foi percebida a existência do luto como temática presente de forma enfática nos discursos das pacientes entrevistadas. De acordo com Moretto (2019), a experiência do adoecimento possibilita consolidar um marco na vida do sujeito adoecido, tendo em vista que é por meio dessa experiência que ele é capaz de se perceber como finito e de entrar em contato com os limites do seu corpo e com as mais diversas formas de fragilidade, ou seja, físicas, psíquicas e sociais.

Isso exige do paciente um trabalho psíquico de luto difícil de ser elaborado e reconhecido por familiares, amigos e equipe. O processo subjetivo de luto pode se tornar um caminho que, ao invés de abrir possibilidades de saídas singulares para lidar com a dor, causem constrangimento, culpa e vergonha pela sua impossibilidade de ser tocado e validado por uma figura de alteridade. Hortênsia cita:

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

Mediante essa fala, é possível compreender que a perda da saúde do membro acometido pode convocar a um trabalho subjetivo de luto. Esse luto presente em seus discursos para além da perda pelo órgão atingido pela dor, pode estar relacionado a outras perdas, por exemplo, o papel social que ocupava e suas respectivas relações nesses ambientes.

Junto à fala anterior, a entrevistada Camélia, quando indagada a respeito das mudanças que ocorreram na sua vida, traz em seu discurso questões semelhantes à paciente anterior:

“eu não posso mais trabalhar, perdi a vontade de viver. Eu não vou mentir pra ti, eu não tenho mais vontade de viver. Pra você tomar banho você depende de alguém, a pessoa vai se quiser, é horrível!”

Além da paciente mencionar a perda da sua atividade laboral, há também outro elemento perdido: autonomia e investimento na vida.

Dito isso, os pacientes expressam a vivência do luto por diversos objetos que despertam uma tristeza coerente com essas rupturas. Esses lutos não correspondem a um quadro patológico ou melancólico, mas a uma resposta afetiva proporcional às perdas vividas. Por isso, muitas vezes cria-se a impressão de que esses pacientes estejam deprimidos, quando na verdade vivenciam lutos constantes relacionados a essas perdas objetais. É possível, no entanto, que lutos patológicos ou estados melancólicos anteriores à síndrome sejam reativados ou intensificados pelo sofrimento atual, coexistindo com o luto próprio da enfermidade (Gonçalves, 2022).

Dália se desorganiza psiquicamente ao narrar a respeito das mudanças vividas e responde:

“mudou tanta coisa, antigamente eu trabalhava e agora eu não posso mais trabalhar. O que eu faço é pouca coisa, se for para fazer força e peso eu já não consigo, meu braço não tem força de nada, se for pra lavar uma panela, eu já não consigo,”

Nota-se que foi tocado em algo que ainda é difícil para ela vivenciar.

Nasio (1997), em sua obra “O livro da dor e do amor”, traz à tona a relação existente entre a dor e o luto, sendo ambos compreendidos como a perda de um objeto amado. O que é possível perceber é que, mediante as falas das pacientes, o luto não se restringe à perda da funcionalidade do membro.

Entretanto, seria falso acreditar que a dor psíquica é um sentimento exclusivamente provocado pela perda de um ser

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

Para Freud (1914/1996), o luto é descrito como a perda de um objeto de amor, seja esse objeto uma pessoa ou um ideal. Essa perda vem acompanhada de um profundo desinteresse ao mundo exterior, incapacidade de investir libidinalmente em outro objeto de amor e o afastamento de qualquer atividade que não aquela que se aproxime do objeto perdido. Havia um super investimento libidinal anterior naquele objeto e ele não se modifica facilmente pela sua perda. Uma vez perdido, é exigido do sujeito um doloroso trabalho de desinvestimento libidinal e para isso exigisse energia psíquica.

Hortênsia comenta:

"algumas pessoas me disseram pra eu amputar meu pé, se for pra amputar meu pé eu tiro minha vida. Eu vou viver sem um pedaço do meu corpo?"

Em consonância, Camélia relata:

"todo mundo diz que eu vou ficar aleijada e que eu não vou conseguir mais movimentar a mão."

Torna-se evidente, nesses trechos, que há um investimento no membro adoecido que delimita um acometimento em um corpo que vai para além de uma explicação biológica. Sobre esse investimento, Fernandes (2011), embasada pela teoria freudiana, cita o corpo como a representação do psiquismo, constituído a partir de uma história de vida, repleto de significados, marcado por desejos inconscientes e perpassado pela linguagem.

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

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

No que se refere ao trabalho de elaboração do luto, a paciente Magnólia, ao ser questionada a respeito das mudanças a partir do diagnóstico, traz, em sua narrativa, uma mudança de lugar subjetivo, em que é perceptível que houve uma elaboração do luto, permitindo que ela voltasse a investir em outros objetos: “contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido” (Freud, 1917/1966, p. 251). Nessa mesma linha de pensamento, retira-se o seguinte trecho da fala da paciente Magnólia:

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

Isso pode levar à reflexão do que é possível fazer dentro do trabalho de luto, das diversas formas de se perceber no mundo com a doença e se reinventar. Concorda-se com Moretto (2019) quando afirma que “o paciente precisa fazer o luto para poder ir à luta” (p. 360). Acredita-se que Magnólia fez esse movimento transformativo, de forma que, embora a dor ainda esteja presente em sua vida, ela não é imperativa de maneira a impedir que sua história ocorra (Minatti, 2012).

Ao mesmo passo em que há um sofrimento frente ao adoecimento e a percepção de finitude trazidas pela vivência da dor, é também percebido, que para alguns pacientes, frente a essa vivência, eles são capazes de se reposicionar em suas histórias de vida. Nesses casos, pode ocorrer um investimento psíquico em outros objetos e apreço pela vida, como é o exemplo de Magnólia.

Finaliza-se essa temática afirmando da importância de realizar um trabalho de elaboração do luto diante das mudanças que vêm com o processo alérgico. Dando continuidade, será visto na próxima cadeia narrativa a dificuldade que as pacientes apresentavam em falar de si, fato que poderia impedir o atravessamento de um processo de luto.

A DIFICULDADE PARA FALAR DE SI

Durante a realização das entrevistas, foi percebido um marcante desafio para alguns participantes de construir suas narrativas em relação ao sofrimento vivido. Assim, convoca-se Freud (1917/1996), quando ele refere a invasão abrupta de energia psíquica como aquela que causa um sofrimento nunca sentido, capaz de impossibilitar a nomeação do afeto vivido.

Brandão-Júnior e Besset (2015) e Santos e Peres (2016) fomentam que a dor não deve ser vista como um sintoma que carece de ser suprimido, mas que é através do corpo e da sua dor contida nele que esse sujeito pode se expressar. Em alguns processos alérgicos, é perceptível a dificuldade de os pacientes se utilizarem dos recursos simbólicos para lidar com o sofrimento, sendo atribuída ao corpo essa expressão que não constituem outras formas de representações (Minatti, 2012). De acordo com Dunker (2016), deve-se entender o sofrimento como uma patologia do reconhecimento. Em outra obra, o autor aponta que:

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

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

"É, o exame acusou que eu tenho essa síndrome. Parece que o nervo que quebra, sei lá, então, daí pra cá, pronto, respondi."

Em outro momento, quando perguntado a respeito das suas atividades laborais, temática que a atravessava de forma significativa, a paciente comenta enquanto demonstra um alto pico de emoção:

"depois que eu sofri esse acidente não trabalhei mais. Eu não gosto de falar muito. Eu sei que não sou só eu que sofro disso, aí peguei essa depressão [silêncio]. Eu sei que é a vida, preciso esquecer e me conformar."

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

Em um momento da entrevista, Hortênsia, ao ser questionada sobre como era para ela lidar com tantas mudanças de vida ocasionadas pelo adoecimento, responde:

"É [se mantém em silêncio por um tempo] pra te falar a verdade, eu não sei nem te dizer, sei nem te explicar."

Nessa frase, mais uma vez, percebe-se a dificuldade de nomear afetos, e, nesse sentido, a dor não encontra um espaço para ser nomeada, tocada e elaborada.

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

"você tem uma coisa ali, guardada a anos e não tem com quem desabafar."

Através desse trecho de sua fala, é percebido que há o desejo de fala, mas que a paciente não encontrou espaço para isso. A esse respeito, Minatti (2012) pontua que é mediante a nomeação do afeto vivido que o sujeito pode se reposicionar nas suas relações, dando conta do seu mal-estar que anteriormente se utilizava do corpo como expressão do sofrimento.

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

"Eu fico meio assim pesado, chateado mas não posso ficar assim."

Logo após essa fala, o paciente alegou que precisava sair para não perder o seu atendimento médico e encerrou a entrevista de forma abrupta. A compreensão sobre essa situação foi que o sujeito, ao minimamente entrar em contato com seu mal-estar, não pôde dar continuidade à sua narrativa. É possível relacionar essa passagem da entrevista com a obra "O estranho", de Freud (1919/1989). Caracteriza-se o termo "estranho" como o encontro do sujeito com aquilo que é infamiliar, ou melhor, algo que era familiar, mas, por algum motivo, foi recalcado.

O encontro com o estranho promove angústia, tendo em vista que se encontra com aquilo que é desconhecidamente familiar e pertencente a cada um. Em suma, é a estranheza capaz de gerar horror, tido como aquele que deveria permanecer secreto, mas que, por algum motivo, veio à luz. A hipótese frente a essa entrevista é que o participante se encontrou com algo que causou mal-estar, algo não reconhecido e optou por interromper a entrevista como forma de evitar esse estranho-familiar.

Para Barreto (1995), a dor é tomada como "uma mudez desesperada" (p. 21). É mediante essa afirmação que o fenômeno doloroso pode ser compreendido como da ordem do indizível, capaz de provocar a completa paralisia ao sujeito que não compreende a origem e a motivação de sua dor. É esse mutismo que impossibilita a inscrição simbólica, fazendo com que o inominável retorne ao real do corpo. Assim, a convocação do corpo para lidar com o sofrimento psíquico pode permanecer de forma contínua, compreendendo que, para alguns sujeitos, essa é a forma de manifestação do sofrimento, ou seja, o que não se dá por seus significantes, é expresso pelo corpo, tornando-se assignificante (Marblé, 2011).

Outra participante, Magnólia, ao discorrer sobre como se sentia em relação a sua dor, comenta:

"você tem que ter acompanhamento, tem que ter alguém pra conversar [silêncio], porque é muito complicado [choro]."

O que seria complicado para essa participante? Mais uma vez, nota-se a dificuldade de pôr em palavras o que sente e entrar em contato com o que toca a cada um a sua dor. Falar

de si? É nesse momento que o choro vem, a fim de sinalizar algo que envolve o sofrimento psíquico que não é possível pôr em palavras.

Dessa forma, embora o choro seja visto comumente como um símbolo infantil e de fragilidade, para essa pesquisa, ele deve ser compreendido como uma manifestação do afeto vivido, de forma que não deve ser barrado ou censurado (Moretto, 2021). Nasio (1996) elucida que “sabemos que essa dor é a última muralha contra a loucura” (p. 12).

Jasmim declara:

“a pessoa com dor, a primeira coisa que ela perde é o juízo.”

Yris, por sua vez, quando questionada sobre sua dor responde:

“é uma dor que atormenta a cabeça, que falta enlouquecer.”

Essas falas apontam a dor como o último afeto, a última possibilidade encontrada pelo sujeito para lidar com seu sofrimento. Por isso, Nasio (2007) compreende a dor como a ruína silenciosa do corpo, elucidando que as possibilidades de reter essa ruína se dão através do grito ou da palavra. O grito surge como uma tentativa rudimentar e inicial de elaboração, rompendo a petrificação causada pela dor, esse rompimento gera a descarga do excesso pulsional e surge como recurso de ligação entre inconsciente e consciente do indivíduo adoecido, para que, assim, seja possível a elaboração do excesso (Fortes et al., 2015).

A paciente Jasmim, enquanto narrava as mudanças vividas pelo seu adoecimento, fala:

“eu vi minha vida parar e tudo acabou.”

Quando indagada sobre o que teria acabado, acrescentou:

“o meu modo de vida, aquela mulher alegre [silêncio]. Até raramente para ela.”

Nesse momento, a paciente interrompe a frase e corrige:

“eu tomar um remédio para dor era muito difícil.”

Foi percebido que, durante a sua narrativa, a paciente refere a si mesma como uma outra pessoa, se utilizando da terceira pessoa: ela.

Pode-se pensar que referir a si mesma em terceira pessoa pode ser uma forma de se aproximar do sofrimento, objetificando o seu lugar. Embora a objetificação do sofrimento permita que a entrevistada fale sobre ele, ainda não há uma implicação e, conseqüentemente, não ocorre uma mudança de lugar subjetivo. Diante da falta de reconhecimento da dor, pode haver um aumento do potencial traumático da experiência

dolorosa e, por vezes, um silenciamento subjetivo, cabendo ao sujeito dar conta de sua dor em silêncio (Barreto, 1995). Dessa forma, há um sujeito anterior e posterior ao processo de adoecimento (Moretto, 2019).

Camélia, ao entrar na sala, demonstrou expressões e postura de muita dor, contudo, foi percebido que, durante a sua entrevista, ela entra em contato com o seu mal-estar, narra a respeito das dificuldades da dor, de conflitos em sua dinâmica familiar e das perdas e mudanças na vida advindas com o fenômeno da dor. Ao final, é percebido, em um certo ponto da entrevista, que a paciente não continua a apresentar a postura de dor em que se manifestou no início da entrevista. Sobre isso, relata:

"ainda bem que eu encontrei um filho de Deus pra desabafar um pouco, aliviar mais a angústia."

Torna-se evidente que a constituição do que se denomina corporeidade ocorre em uma relação de alteridade. É percebido que as mudanças de lugares subjetivos também se dão mediante a escuta pelo outro, promovendo a travessia do acontecimento para a experiência subjetiva. É através daquele que ouve, que o falante se torna capaz de nomear os seus afetos e utilizar a linguagem como reparadora do seu corpo segregado (Moretto, 2019). Fortes et al. (2015) afirmam que é somente mediante a presença do outro que ouve, interpreta e possibilita a significação, que essa dor é capaz de ser compreendido como significante, entendendo a relação de alteridade também como transformativa.

Com efeito, foi percebido, em algumas das pacientes, uma dificuldade de falar livremente, tendo em vista que as perguntas abertas eram tidas como um desafio para a construção de suas narrativas. Na literatura, é comum se deparar com o termo "alexitimia" ao citarem esse grupo de pacientes que apresentam dificuldades em verbalizar o que sentem. O termo alexitimia foi sugerido por Sifneos (1973) durante os seus estudos de pacientes tidos como psicossomáticos. Do grego, alexitimia remete a ausência da palavra frente ao ânimo ou emoção. Em suma, são denominados alexitímicos aqueles sujeitos que apresentam marcantes dificuldades de dar palavra ao afeto vivido (Fernandes & Tomé, 2001).

Em contrapartida, alguns pacientes se utilizaram desse espaço de fala, mesmo sob o cenário de pesquisa, como um momento de compartilhar suas angústias e segredos, tendo como resultante um certo alívio psíquico. É neste entendimento que sobressai a importância da construção de um espaço de escuta e, por isso, de fala, para que o paciente possa contar de si e dos efeitos da dor em sua vida, a fim de encontrar ferramentas simbólicas para lidar com as adversidades a que a dor impõe.

A importância do acolhimento e reconhecimento pelo outro do sofrimento que acomete cada pessoa pode ser uma experiência que permite mudanças no lugar subjetivo. O paciente com dor crônica termina por estabelecer relações em que a dor pode ser a principal mediadora de afetos com o outro. Daí a importância em avaliar esses laços tanto para a manutenção quanto para a diminuição da dor.

INVESTIMENTO NA DOR E DESINVESTIMENTO NO MUNDO

O que se percebe, por meio das falas das participantes, é que esse processo álgico que acomete o sujeito faz também com que eles percam o entusiasmo pelas coisas que acontecem para além dele. Para alguns participantes, o único foco de investimento é o

seu processo doloroso e o padecimento do corpo, dificultando a saída dessa condição de dor, tendo em vista que continua o investimento pulsional no seu sofrimento corporal (Fortes et al., 2015). Foi o que relatou Jasmim:

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

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

Hortênsia, quando solicitada a falar sobre como se sentia em relação ao seu adoecimento, responde:

"nada, nada me passa pela minha cabeça a não ser a doença."

No momento dessa fala, a paciente demonstra querer se emocionar, mas se mantém firme e finaliza a frase de forma objetiva. Percebemos que os significantes utilizados pela paciente (nada, nada) podem ser compreendidos como uma negação do afeto experienciado naquele momento do discurso. A negação é uma forma de se apropriar daquilo que é recalcado, uma breve suspensão do recalque (Fortes et al., 2015). Por fim, quando perguntado se ela estava sendo assistida pelo serviço de psicologia, relata:

"eu acho muito invasivo, eu não gosto; se quiser falar da dor, eu falo o dia todinho, mas falar da minha vida eu não falo não."

De acordo com esses trechos, relaciona-se a fala da entrevistada com o que diz respeito à narrativa de sofrimento do informante, categorizada por Moretto (2013). Nessa categorização, o sujeito constrói sua narrativa baseada em aspectos físicos e biológicos do seu adoecimento, tornando evidente o afastamento subjetivo da sua experiência.

Se a dor a define enquanto sujeito, falar da dor é mais fácil e a protege, porque não precisa tocar no sofrimento que lhe confere. Entrar em contato com a dimensão subjetiva de cada um é se apropriar dos afetos e sofrimentos advindos da dor, e nem sempre o paciente tem a intenção de fazer essa travessia. A relação estabelecida entre o seu discurso e o adoecimento se propõe apenas a adequação a um diagnóstico, compreendendo o corpo de forma exclusiva como um objeto de estudo para a ciência. Dessa forma, sem a implicação subjetiva do sujeito, se torna improvável (ou ainda mais difícil) a construção de um trabalho de luto, de transformação subjetiva, tendo em vista que o sujeito, ao negar a sua experiência de adoecimento, opta pela indiferença como forma de lidar com o sofrimento.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade de elaboração do luto, presente nos pacientes com SDRC, surgiu mediante a percepção das mudanças ocorridas após o diagnóstico. Foi compreendido que o sofrimento vai para além da dor física e suas limitações, perpassando também a perda de laços, de papéis sociais e de autonomia, além da percepção de um corpo finito, limitado.

Ao lidar com diversas mudanças e não encontrar um espaço de fala ou uma estratégia para lidar com isso simbolicamente, é natural que ocorra um investimento no padecer, impossibilitando dar vazão ao excesso pulsional presente na dor. Então, o investimento na dor e desinvestimento no mundo foi percebido em alguns pacientes, o que nos leva entender a urgência de ter espaços de escuta em que um trabalho psíquico permita levar o sujeito a manifestar seu sofrimento através da fala.

Por fim, a ausência do reconhecimento do outro e a dor como forma de manter laços convoca compreender o sofrimento em seus múltiplos aspectos. Ao ouvir as narrativas dos pacientes, foi percebido a existência de vínculos fragilizados. Nesse ponto, pode-se refletir que esses laços podem estar enfraquecidos devido a perda da autonomia, a dificuldade de manter e de estabelecer novos laços, incapacidade de se expressar, e o investimento no próprio sofrimento, que podem impedir novos investimentos afetivos. É válido ressaltar que há a ausência de um reconhecimento da dor sem causa orgânica, o que faz com que o outro não ocupe esse lugar de alteridade desejado pelo paciente, impossibilitando também a expressão do seu sofrimento.

É válido pontuar que as questões categorizadas encontram um ponto em comum: a necessidade de um espaço de escuta qualificada e reconhecimento da dor desses pacientes. Dessa forma, espera-se que com esses resultados seja possível contribuir diretamente com o trabalho de psicólogos e demais profissionais de saúde que são responsáveis pela linha de cuidado a paciente com dor crônica, por meio de criação de estratégias de intervenção e dispositivos de escuta. E por fim, que essa discussão alcance novas formas de saber para ampliar os estudos e novas pesquisas no campo da psicologia hospitalar e psicanálise.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: AST, DMCL; **coleta de dados:** AST; **análise dos dados:** AST, DMCL; **redação do manuscrito:** AST, DMCL; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** AST, DMCL.

REFERÊNCIAS

Barreto, M. L. B. (1995). Sobre a experiência de dor. *Letra Freudiana*, 15(15), 19-25.

- Bortagaray, S., Meulman, T. F. G., Rossoni-Junior, H., & Perinetti, T. (2019). Métodos de diagnóstico e tratamento da síndrome da dor regional complexa: uma revisão integrativa da literatura. *BrJP*, 2(4), 362-367. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190066>.
- Brandão-Júnior, P. M. C. J., & Besset, V. L. (2015). Dor crônica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise. *Polêmica*, 15(3), 25-41. <https://doi.org/10.12957/polemica.2015.19359>.
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 12 de janeiro de 2026, de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Cordon, F. C. O., & Lemonica, L. (2002). Síndrome dolorosa complexa regional: epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, testes diagnósticos e propostas terapêuticas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52(5), 618-627. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942002000500013>.
- DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M., & Fonseca, P. R. B. (2020). Revised definition of pain after four decades [Editorial]. *BrJP*, 3(3), 197-198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*, pp. 65-88. Escuta.
- Fernandes, M. (2011). *Corpo*. Casapsi Livraria.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115.
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavras – a aposta na intervenção subjetiva. In: T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à prática*, pp. 129-151. Autêntica.
- Fortes, I., Winograd, M., & Medeiros, C. (2015). A dor crônica entre o silêncio e o grito. *Tempo Psicanalítico*, 47(2), 9-28.
- Freud, S. (1989). O estranho. In *História de uma neurose infantil e outros trabalhos* (Obras Completas, Vol. 17, pp. 273-314). Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996). Inibição, sintoma e angústia. In *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)* (Obras Completas, Vol. 17, pp. 13-123) Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos: 1914-1916* (Obras Completas, Vol. 14, pp. 249-263). Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996). O eu e o isso. In *O ego e o id e outros trabalhos* (Obras Completas, Vol. 19, pp. 13-83). Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos: 1914-1916* (Obras Completas, Vol. 14, pp. 165-222). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (Obras Completas, Vol. 1, pp. 335-454). Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos: 1914-1916* (Obras Completas, Vol. 14, pp. 81-108) Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006). *Estudos sobre a histeria* (Obras Completas, Vol. 2). Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).

- Freud, S. (2017). Tratamento psíquico [Tratamento anímico]. In *Fundamento da clínica psicanalítica* (Obras Incompletas, Vol. 6, pp. 19-46). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1890).
- Giostri, G. S., & Souza, C. D. A. (2024). Complex regional pain syndrome. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 59(4), e497-e503. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1779331>.
- Goh, E. L., Chidambaram, S., & Ma, D. (2017). Complex regional pain syndrome: a recent update. *Burns and Trauma*, 5, 2. <https://doi.org/10.1186/s41038-016-0066-4>.
- Gonçalves, G. A. (2022). *Corpo e clínica psicanalítica: teoria e prática*. Juruá.
- International Association for the Study of Pain. (1994). Complex regional pain syndrome: taxonomy. *Pain*, 56(2), 127-128. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90124-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90124-4).
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora*, 6(1), 115-138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>.
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32, 8-14. (Trabalho original publicado em 1966).
- Leite, D., & Teixeira, L. (2022). *Escuta psicanalítica de mulheres com queimadura autoinfligida considerações a partir do hospital geral*. Appris.
- Marblé, J. (2011). La douleur, dernière frontière? *Revue Eres Psychanalyse*, 20, 41-51. <https://doi.org/10.3917/psy.020.0041>.
- Mazaro, L., & Martin, M. (2005). Contribuição da terapia ocupacional no tratamento da Síndrome Dolorosa Complexa Regional do tipo1 - uma melhora na qualidade de vida. *Reabilitar*, 7(26), 51-57.
- Minatti, S. P. (2012). O psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 825-837. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000400006>.
- Moretto, M. L. T. (2013). *Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar*. Artesã.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Moretto, M. L. T. (2021). O valor do choro no processo de elaboração da dor psíquica em situações de adoecimento. In M. V. Brunhari, M. L. T. Moretto, G. H. Perez, & S. C. Vasconcellos (Orgs.), *Diversidade e mal-estar na saúde: modos de cuidar*. Zagodoni.
- Nasio, J. D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Jorge Zahar.
- Nasio, J. D. (2007). *A Dor de Amar*. Jorge Zahar.
- Nasio, J. D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Jorge Zahar.
- Pacheco, S. R., Matos, E., & Abadesso, C. (2016). Síndrome de dor regional complexa: a experiência de um serviço de pediatria. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 47(3), 250-255. <https://doi.org/10.25754/pjp.2016.7708>.
- Paget, J. (1864). Clinical lecture on some cases of local paralysis. *Medicine Times and Hospital Gazette (London)*, 1, 331-332.
- Pereira, P. S. N., & Nicolau, R. F., & Monteiro, J. L. M. (2019). Dor e gozo na psicanálise: uma revisão. *Psicanálise e Barroco em Revista*, 17(3), 158-176. <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2019.v17i3.158-176>.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
- Santos, B. A. L., & Peres, R. S. (2016). Aspectos subjetivos da dor física: mapeamento das primeiras contribuições metapsicológicas freudianas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(3), 30-40. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v18n3p30-40>.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). Recuperado em 12 de janeiro de 2026, de <https://icd.who.int/browse11>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Rodrigo Sanches Peres

Secretaria editorial: Monica Marchese

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
