

ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA FIBROMIALGIA: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA¹

Júlia de Souza Rampinelli²

Luciene Corrêa de Miranda Moreira³

RESUMO:

O presente estudo articula as aproximações entre a fibromialgia e o fenômeno psicossomático sob a ótica da psicanálise. A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dores crônicas sem causalidade orgânica mensurável, o que faz dela um desafio para o sujeito acometido pela dor, assim como para quem se propõe a tratá-la. Os objetivos principais deste estudo incluem a definição de psicossomática, a caracterização da fibromialgia como uma doença psicossomática, a discussão do entendimento desta condição nos campos orgânico e psíquico, e o estudo da compreensão da fibromialgia pela psicanálise, tal como as possibilidades de atuação da psicoterapia psicanalítica nesse contexto. Este artigo pretende dar foco à dor subjetiva, utilizando o referencial teórico-clínico da psicanálise para refletir sobre a dor que se faz presente no palco analítico. Para alcançar esses objetivos, foi adotada uma metodologia de revisão bibliográfica narrativa, que envolve a análise de artigos científicos e obras literárias contemporâneas e clássicas sobre fibromialgia, psicossomática e psicanálise. A pesquisa inicial focou na identificação de autores como McDougall, Kotaka, Mello Filho, Marty, Volich e outros. Na fibromialgia fica explícita a diferença do sintoma para a Psicanálise e para a Medicina e, conseqüentemente, reitera-se a importância de as intervenções não se restringirem ao viés biológico, mas, considerar-se também uma interpretação psicanalítica. Este estudo busca contribuir para uma compreensão mais holística e integrada da fibromialgia, destacando a relevância da posição subjetiva do indivíduo que sofre em seu corpo, suas implicações para o diagnóstico e tratamento da síndrome, assim como a relevância do assunto na atualidade.

Palavras-chave: Fibromialgia. Psicossomática. Psicanálise. Dor crônica.

ABSTRACT:

The present study articulates the connections between fibromyalgia and the psychosomatic phenomenon from the perspective of psychoanalysis. Fibromyalgia is a syndrome characterised by chronic pain with no measurable organic causality, which makes it a challenge for the individual affected by the pain, as well as for those who seek to treat it. The main objectives of this study include the definition of psychosomatics, the characterisation of fibromyalgia as a psychosomatic disease, the discussion about the understanding of this condition from the perspective of the organic and the psychic, and the study of

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 28/09/2024, e aprovado, após reformulações, em 11/11/24.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: juliasrampinelli@hotmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: lucienemoreira@uniacademia.edu.br

the comprehension of fibromyalgia through psychoanalysis, as well as the possibilities for action of psychoanalytic psychotherapy in this context. This article aims to focus on subjective pain, using the theoretical-clinical framework of psychoanalysis to reflect on the pain that is present in the analytic setting. To achieve these objectives, a narrative bibliographic review methodology was adopted, which involves the analysis of scientific articles and contemporary and classical literary works on fibromyalgia, psychosomatics, and psychoanalysis. The initial research focused on identifying authors such as McDougall, Kotaka, Mello Filho, Marty, Volich, and others. In fibromyalgia, the difference between the symptom for psychoanalysis and for medicine becomes explicit, and consequently, the importance of interventions not being restricted to the biological bias is reiterated, but also considering a psychoanalytic interpretation. This study seeks to contribute to a more holistic and integrated understanding of fibromyalgia, highlighting the relevance of the subjective position of the individual suffering in their body, its implications for the diagnosis and treatment of the syndrome, as well as the relevance of the subject in contemporary times.

Key words: Fibromyalgia. Psychosomatic. Psychoanalysis. Chronic pain.

1 INTRODUÇÃO

O estudo do adoecimento do corpo em virtude das angústias e perdas que os indivíduos acumulam ao longo da vida lança o olhar para a inegável influência dos aspectos psíquicos (mente) no corpo (biológico). A associação entre os aspectos corporais e mentais é resgatada em discussões contemporâneas como, por exemplo, o que é trazido por Volich (2000), que pressupõe o somático como uma materialização do substrato psíquico. Assim, ele apresenta que o aspecto psíquico não está separado, mas não pode ser confundido com o orgânico: um influencia no outro.

Marty (1993) aborda essa influência pela perspectiva da psicossomática e a coloca como um campo do saber que considera as cinesias psíquicas e somáticas tal como as relações harmoniosas ou conflituosas e, portanto, patológicas, que podem se estabelecer diante dessa interlocução. O autor também estabelece que a psicossomática tem origem na psicanálise e ambas compartilham estreitos laços de ligação teóricos e metodológicos.

A psicossomática é definida por Kotaka (2007, p. 225) como um campo que integra “[...] os processos físicos, mentais e emocionais, levando a manifestações orgânicas [...]”. É comparada com uma rede de conexões em que o psiquismo entra como um dos protagonistas na gênese do conflito que se estabelece. Neste enquadramento, a autora inclui a fibromialgia, enfatizando o

aspecto da queixa manifesta da dor e evidenciando a importância da causa latente que, de forma inconsciente, influencia na construção do sintoma.

Segundo a versão mais recente da Classificação Internacional de Doenças da OMS - CID-11, a Fibromialgia – identificada como Dor Difusa Crônica ou Síndrome da Fibromialgia - recebe o código MG30.01 (OMS, 2022). Com base nos dados oferecidos pelo site oficial da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022), a fibromialgia está entre as patologias reumatológicas mais frequentes, afetando 2,5% da população mundial. Além disso, pode causar grande impacto na saúde das mulheres, visto a prevalência especial nas mulheres entre trinta e cinquenta anos.

A fibromialgia apresenta um amplo espectro sintomatológico, no qual Costa (2009) coloca em posição privilegiada a dor física. Para além deste principal sintoma, a autora indica alterações de humor, problemas de sono, sensação de fadiga, frequentes dores de cabeça e rigidez muscular. A fibromialgia é entendida pela autora como uma questão de saúde de difícil diagnóstico, visto a ausência de qualquer sinal de sua existência em exames laboratoriais ou de imagem. Além disso, a vasta gama de sintomas associados leva o paciente a procurar incessantemente diversas especialidades médicas até encontrar uma visão holística que leve ao diagnóstico.

Para o diagnóstico é importante que o profissional, geralmente médico, analise os sintomas como um conjunto, não como um ou outro sintoma isolado, o que poderia culminar com o fechamento de vários diagnósticos diferentes. Neste sentido, Costa (2009) exemplifica que se um sintoma de dor de cabeça for levado ao neurologista, pode ser diagnosticado como enxaqueca; se o paciente se queixa de dor ao reumatologista, esta pode ser confundida com tendinite ou bursite. Já o psiquiatra pode entender como síndrome de fadiga crônica.

A exaustiva busca do paciente fibromiálgico pelo tratamento adequado para seu sofrimento e a dificuldade de diagnóstico demonstram a necessidade de se buscar e produzir conhecimento e pesquisas a respeito da síndrome, a partir de diferentes áreas e linhas teóricas, o que justifica a relevância deste artigo. Neste sentido, Freitas e Peres (2017) desenvolveram uma revisão sobre a produção científica acerca do tema da fibromialgia a partir da ótica

psicanalítica, e concluem sobre a necessidade de desenvolvimento de novos estudos para contribuir para um maior avanço do estudo e da prática na área.

A metodologia do presente artigo consiste numa revisão bibliográfica narrativa de obras literárias atuais e clássicas e artigos científicos sobre fibromialgia, psicossomática, psicanálise e a relação destes conceitos com os processos dolorosos que são atuados no corpo de pacientes com fibromialgia. Para a busca de materiais, no que diz respeito às obras bibliográficas, inicialmente, buscou-se identificar autores que estudam a psicossomática - como McDougall, Kotaka, Mello Filho, Marty e Volich - e a psicanálise em geral - como Zimmerman, Nasio, Roudinesco e Plon. Já para a busca dos artigos científicos, foi realizada uma busca na base de dados *Scielo* utilizando-se as palavras-chave “Psicossomática”, “Fibromialgia” e “Psicanálise”. Foram selecionados apenas artigos que abordavam as três palavras-chave simultaneamente. Apesar deste artigo ser um trabalho de conclusão de curso de Psicologia, justifica-se enfatizar o trabalho do Psicanalista, pois, o psicólogo clínico pode nortear sua atuação a partir dos pressupostos de diferentes linhas teóricas (CFP, 2008), dentre elas, a Psicanálise.

O objetivo geral deste artigo é explorar, através de revisão narrativa, as possibilidades de articulações entre a fibromialgia e o fenômeno psicossomático sob a ótica da psicanálise. Os objetivos específicos deste estudo são apresentar a definição de psicossomática; caracterizar, diante desta definição, a fibromialgia como uma doença psicossomática; discutir o entendimento da dor no campo orgânico e psíquico, expondo as diferenças entre o sintoma para a psicanálise e para a medicina e, finalmente, analisar a compreensão da fibromialgia para a psicanálise e as possibilidades de atuação do analista no campo da psicossomática, em especial em pacientes com fibromialgia.

2 O SINTOMA

Geralmente, a queixa que motiva a busca de ajuda por parte do paciente com fibromialgia é a dor (e/ou outros sintomas). Como a dor é vivenciada de forma específica no corpo, justifica-se que o primeiro pedido de auxílio seja

direcionado ao médico, o qual irá conduzir o caso seguindo critérios específicos da sua área. Entretanto, a etiologia dos sintomas pode não estar no corpo.

A fisiologia busca entender o funcionamento dos órgãos e dos sistemas, promovendo um trabalho harmônico para manter a saúde dos órgãos e dos sistemas. Mas, esse corpo é visto pela psicanálise como aquele constituído pelo conjunto de significantes, de lembranças, desejos, demandas e necessidades, nos quais há uma participação ativa no inconsciente [...] O corpo construído pelo sujeito contém, em seus alicerces, momentos de satisfação, de gozo, de falta, de sonhos e de fantasias guardadas em seu inconsciente (Kotaka, 2000, p.60).

Assim, inicialmente, torna-se relevante estabelecer breves diferenciações do significado de sintoma para a Medicina e para a Psicanálise, para só, então, dissertar sobre o sintoma do fenômeno psicossomático.

2.1 SINTOMA PARA A PSICANÁLISE E PARA A MEDICINA

A definição do termo **sintoma** para a medicina aproxima-se da definição disponível em dicionário: “Indício de uma doença, por meio do qual se pode prever sua cura ou seu agravamento. Alteração no funcionamento dos órgãos, descrita pelo paciente, que favorece a determinação do diagnóstico.⁴”. Ainda neste viés da medicina, o sintoma é o **signal** da existência de algo. O sinal pode ser compreendido como um dado objetivo e verificável, enquanto o sintoma se caracteriza como um dado subjetivo, o qual depende da verbalização do paciente (Santos; Rudge, 2017).

Entretanto, em algumas situações, apesar de o sintoma estar no corpo, a medicina pode não ser suficiente para explicar a etiologia, fazer o diagnóstico e determinar o prognóstico de determinada condição médica ou psicopatológica, de onde se reitera a relevância da compreensão do sintoma enquanto algo para além do físico, do corpo. Bock, Furtado e Teixeira (2001) localizam esta questão nas obras de Freud sobre a histeria e, em síntese, para a psicanálise, é possível definir “sintoma” como:

Sintoma, na teoria psicanalítica, é uma produção - quer seja um comportamento, quer seja um pensamento - resultante de um conflito

⁴ Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=sintoma> Acesso em: 17 set. 2024.

psíquico entre o desejo e os mecanismos de defesa. O sintoma, ao mesmo tempo que sinaliza, busca encobrir um conflito, substituir a satisfação do desejo. Ele é ou pode ser o ponto de partida da investigação psicanalítica na tentativa de descobrir os processos psíquicos encobertos que determinam sua formação (Bock; Furtado; Teixeira, 2001, p.75-76).

Na histeria há uma história a ser decifrada pelo analista, a qual diz respeito ao retorno do conteúdo recalçado que está diretamente relacionado ao sintoma, o qual surge na forma de manifestações corporais (Santos Filho, 1992). O mecanismo de recalque, na teoria Freudiana, é interpretado como o processo do psiquismo que tem como objetivo manter conteúdos no inconsciente. Estes conteúdos são representações e ideias pulsionais entendidas como produtoras de prazer, porém, algumas representações, se trazidas à consciência ou se efetivadas, poderiam ser fonte de maior desprazer do que prazer, afetando a vida e o equilíbrio psíquico do indivíduo (Roudinesco; Plon, 1998). O mecanismo de recalque se relaciona diretamente ao sintoma da histérica:

O sintoma histérico articula a representação recalçada à sua própria demonstração deformada, o que paradoxalmente esconde e insinua a situação conflitiva. [...] A representação é recalçada, retorna através do sintoma e o afeto correspondente à representação é convertido na qualidade física da manifestação corporal (Santos Filho, 1992, p.153).

O sintoma histérico estabelece uma interlocução com a representação que fora recalçada, com uma demonstração singular deste sofrimento como um sintoma que esconde, ao mesmo tempo que evidencia uma situação conflitiva. Diferencia-se da dinâmica psicossomática, pois, de forma distinta, esse recurso ocorre por uma via simbólica. A conversão histérica é “uma solução simbólica e econômica para a questão conflitiva”. Na psicossomática, entretanto, o processo é diferente da histeria. Ao invés do processo sintetizado anteriormente, que se relaciona ao mecanismo de recalque, na psicossomática o afeto é suprimido por via do mecanismo de defesa supressão (Santos Filho, 1992, p.108), o que será abordado a seguir.

Desta forma, é possível vislumbrar a diferença do sintoma para a Medicina e para a Psicanálise, o que é uma questão relevante quando se pensa num diálogo interdisciplinar. A compreensão do sintoma pelo viés psicanalítico permite uma ampliação da visão acerca do próprio sintoma e do indivíduo que

sofre, o que contribui para se estabelecer suas origens e traçar planos terapêuticos que vão além da abordagem biomédica. Autores da psicanálise (Lobato, 1992; Mello Filho, 1992, Kotaka, 2007, Nasio, 2008, Zimerman, 2008) estudam a dor crônica enquanto psicossomática, sendo a fibromialgia uma doença cujo principal sintoma é a dor crônica (Costa, 2009; OMS, 2022). Por isso pretende-se, a seguir, dissertar acerca do sintoma na psicossomática.

2.2 O SINTOMA NA PSICOSSOMÁTICA: A SUPRESSÃO

Santos Filho (1992), ao dizer sobre pacientes somáticos, fala em supressão como mecanismo inconsciente que toma a cena analítica, e não o recalque. Não haveria meios para recalcar uma representação simbólica para evitar o afeto, já que não se está lidando com representações, mas com a supressão da concretude que coloca o sujeito diante da perda como um destino econômico a ser dado ao afeto, impossível de ser vivenciado ou transformado. O autor evidencia a psicossomática e sua dinâmica, enfatizando o mecanismo de supressão do afeto (*Unterdrückung*). Discorre sobre a dificuldade do paciente somático na elaboração psíquica e relaciona a eclosão psicossomática a acontecimentos reais de perda ou separação que não podem ser simbolizados. Desenvolve uma íntima relação com a fantasia e um distanciamento do afeto suprimido, que é como se estivesse desaparecido. Em relação à atividade inconsciente, o autor diferencia a supressão do recalque ao deixar claro que o sintoma psicossomático não se trata de um “retorno do suprimido”, mas de uma singular impossibilidade de dar contorno aos afetos relacionados à perda. Neste sentido, segundo Zimerman (2008), algumas características da psicossomática interferem diretamente no desenrolar do processo analítico, o que será abordado em outra seção deste artigo.

McDougall (2000) disserta sobre o corpo e sua linguagem ao tratar do fenômeno psicossomático como um sintoma, ou seja, uma forma do psiquismo responder a conflitos, utilizando recursos primitivos para além da verbalização, que encontram no corpo um caminho para serem interpretados. A função do sintoma psicossomático é proteger a pessoa de um dano psíquico, pois esse ocorre em um momento de pré-simbolização e diz de um psiquismo demandando

esforços para conter angústias, a fim de evitar que cheguem à consciência. A autora destaca a angústia como a principal fonte dos sintomas, porém considera em aberto a questão da **escolha do sintoma**, ou seja, o porquê de certos indivíduos fazerem determinando sintoma e outros manifestarem algo distinto.

A concepção de que o psiquismo, em certas condições, é incapaz de assimilar um trauma e resultará na formação de um sintoma que sobrecarregará o corpo é o processo que Marty (1993) denomina **somatização** – a incapacidade do indivíduo de assimilação e, conseqüentemente, de evitação do sofrimento, o que deixa o afeto livre para se manifestar no corpo. O sofrimento não se inscreve na linguagem e, dificilmente, se encontrará no discurso do sujeito. Segundo Jesus (2002, p.72), “podemos afirmar que no fenômeno psicossomático não há história a contar. Há uma lesão do órgão, sem uma causa física”, o que interfere diretamente no processo analítico.

A partir da compreensão do sintoma psicossomático – que pode eclodir no corpo de diferentes formas intensidade - delimita-se, a seguir, o estudo da dor crônica enquanto manifestação psicossomática que ocasiona sofrimento.

3 DOR E PSICOSSOMÁTICA

Zimerman (2008) estabelece uma reflexão a respeito do termo **psicossomático**, que surgiu na literatura pela primeira vez com Heinroth, em 1918, para caracterizar uma forma específica de insônia. O termo organiza psique (alma) e soma (corpo) num único conceito e, com o tempo, foi ganhando mais importância e sendo consolidado. Willian Motsloy (1940 *apud* Zimerman, 2008, p. 223), elucida a relação da somatização com a dor psicológica em sua colocação: “Quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os órgãos”, trazendo, assim, uma perspectiva indissolúvel entre psiquismo e soma. Reforçando essa importância, o termo **psicossomática**, na década de 40, viria a nomear um campo da medicina que buscava relacionar os elementos psicológicos com as doenças do corpo, a partir da ótica holística sob o indivíduo, que é constituído do elemento biológico, mas, também, inseparavelmente, do elemento psíquico (Zimerman, 2008), como também elucida Jesus (2002, p.8):

Os fatores psíquicos e físicos são responsáveis por causarem, juntos, uma doença de órgão. A teoria psicossomática tradicional detém seu interesse no ser humano como um ser social que luta em prol de sua existência; embora considere a existência de um conflito inconsciente, que não conseguiu ser simbolizado.

Em consonância a esta temática, Roudinesco e Plon (1998) definem a Medicina Psicossomática como uma porta de entrada da clínica psicanalítica freudiana na prática médica e nos hospitais para o tratamento de pacientes atingidos por doenças crônicas e agudas, relacionando o conflito orgânico com o conflito psicogênico. Assim, abriu-se mais espaço para o estudo e a compreensão da psicanálise neste campo, cujos olhares teórico e prático são diferentes da medicina.

Em estados psicossomáticos, um tecido ou uma função do organismo que não apresenta problemas orgânicos palpáveis e mensuráveis pode reagir psiquicamente a uma situação que apresente ameaça ou ainda a um contexto problemático. À vista disto, McDougall (2000) elucida o caminho para o entendimento do sintoma dos fenômenos psicossomáticos no corpo tal como a dor. Neste sentido, evidencia estes fenômenos como:

Mensagens enviadas pelo psiquismo quando este se sente ameaçado pelo reaparecimento de acontecimentos dolorosos, culpabilizantes ou ameaçadores, cuja representação, porém é logo lançada para fora do consciente. É como se estivessem assimilados a substâncias tóxicas contra as quais o corpo deve reagir (McDougall, 2000, p.68).

Em outras palavras, dificuldades do sujeito para se relacionar consigo mesmo e com a cultura podem ser lidas como pulsões inconscientes que usam o corpo para encenar seu sofrimento como um cenário de teatro. Isto, por sua vez, demonstra a fragilidade estrutural do sujeito queixoso de dor, que cria meios para mascarar a realidade de suas emoções e desejos ocultos (Kotaka, 2017).

A dor está no corpo e é real, entretanto, nem sempre é possível encontrar evidências físicas de sua existência. Conforme o referido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é “uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada como lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (Merksey, 1982, *apud* Lobato, 1992, p.235). Dito isto, Oly Lobato (1992) organiza esta frase, explicitando a questão **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.614-639, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

da **lesão** tecidual como um olhar ao fator biológico, visível e palpável, trazendo para o campo da medicina a possibilidade de investigação e intervenção na dor.

Por outro viés, Lobato (1992) estabelece uma interlocução entre o uso do termo **lesão** e a possibilidade da sensação de dor com a ausência de lesão nos tecidos do corpo como causadora do incômodo. Neste caso, o autor interpreta que o sujeito queixoso percebe seu sofrimento como se houvesse, de fato, uma lesão, tornando a experiência igualmente desprezível. Neste sentido, atenta-se também para a utilização do vocábulo **emocional** na definição da IASP (1979 *apud* Lobato, 1992, p.166), evidenciando a possibilidade de não vincular necessariamente a sensação de dor a uma ferida ou dano tecidual do organismo. Assim, o autor introduz a dor psicogênica, ou psicossomática, legitimando-a com a frase “sempre existe dor quando alguém se queixa de dor”. Jesus (2002) acrescenta que a psicossomática se relaciona à lesão de um órgão que não cede com o tratamento e costuma, inclusive, aparecer em datas significativas para o sujeito, como as de perda e luto. Para Lobato (1992), a experiência emocional da dor sinaliza mais uma porta de entrada para a análise, tal como para ser objeto de investigação deste sintoma para a psicanálise.

Nasio (2008), ao abordar a temática dor física, explica a dor psicogênica como um esforço defensivo do psiquismo de um sujeito que, na tentativa de suprimir sua angústia, sofre de outra forma. O autor ainda diferencia a dor no corpo causada por danos nos tecidos, da sensação dolorosa atuada inconscientemente no corpo. Traz o exemplo de uma queimadura que abala o organismo, causando uma dor lancinante e ainda trazendo consigo o sofrimento de ter sido ferido. Neste caso, o sujeito consegue entender e dar borda a essa dor, assim como enfrentá-la e, por isso, ele **tem dor**. Outro caso é o que Nasio (2008, p.11) denomina como um desconforto somato-pulsional, que diferentemente da queimadura, “vem do âmago do ser, uma outra dor, bem diferente, essencial e profunda. Essa dor, eu não possuo, é ela que me possui: ‘sou dor’.” Nesse cenário, ele entende que o paciente é invadido de uma energia interior que ele não pode controlar.

A dor somática é, para Nasio (2008), um estado afetivo ligado a uma perda emocional brutal, um rompimento de um laço de amor. Assim, é importante descrever os quatro laços de amor que o autor traz em sua obra e o que significa

para o paciente psicossomático se deparar com a ruptura desses laços. O primeiro laço é o amor dedicado ao ser amado, o vínculo afetivo que se estabelece com um parceiro ou familiares. O segundo trata do amor ao corpo e a preservação da integridade dele. Já o terceiro se trata do amor à sua própria imagem. Por fim, o quarto laço vem do investimento em amar, é o amor pelo laço amoroso em si. A ruptura desses laços traz uma dor enquanto sintoma, vinda de uma perda irreparável, seja ela do campo do real ou imaginária.

Volta-se ao componente emocional, descrito por Lobato (1992), que se associa à dor que não é causada por lesão tecidual. Fortes (2000) reconhece a dor crônica como intimamente ligada a sintomas depressivos, sendo difícil distinguir qual emergiu primeiro. É notável para o autor que diante de um grande comprometimento na qualidade de vida, na autoestima e na perspectiva de futuro que a dor traz, é possível que o paciente revele uma depressão reativa, porém, ele também considera que um quadro depressivo pode manifestar-se por sintomas somáticos dolorosos.

Nesse sentido, Marty (1985 *apud* Vieira, 2004) aponta o paciente somático como dotado de uma perda de investimento vital para tudo, seja alegrias ou profundas tristezas. Nomeou este estado constante de rebaixamento afetivo e de desamparo do paciente somático como **depressão essencial**. Este estado depressivo é trazido pelo autor como duradouro e marcado pela ausência de um objeto específico para o qual o sujeito possa direcionar sua angústia. Diferente da depressão neurótica, do luto e da melancolia, a depressão essencial não está relacionada com nenhuma elaboração. Dessa forma, o paciente apresenta poucas queixas emocionais, sendo mais comum queixar-se de constante desânimo e da perda de interesse por tudo que o rodeia.

Convém destacar que, apesar de toda a concepção do modelo biomédico, a CID-11 (OMS, 2022) associa a dor crônica da fibromialgia a quadros de sofrimento emocional significativo – que pode incluir vivência de ansiedade, raiva, frustração ou humor deprimido – e de interferência no nível de funcionalidade de quem sofre da síndrome. Esses critérios diagnósticos coincidem com as ideias supracitadas de Fortes (2000) e Marty (1985 *apud* Vieira, 2004). A seção a seguir irá pormenorizar o estudo da fibromialgia.

4 FIBROMIALGIA: O SABER DA MEDICINA E O SABER DA PSICANÁLISE

Toma-se como foco, portanto, um tipo específico de dor que é tema deste artigo, a fibromialgia. Gowers realizou os primeiros estudos sobre o tema em 1904, identificando a síndrome como fibrosite. Em seus estudos, ele caracterizava essa condição como tendo origem em uma inflamação reumatológica. O termo **fibromialgia** seria proposto em 1981 por Yunus e apenas em 1990 esta seria reconhecida e classificada como uma síndrome distinta pela *American Medical Association* e a *American College of Rheumatology*, entendida, então, como uma condição reumatológica com sinais e sintomas categorizados (Wolfe *et. al.*, 1990 *apud* Avelino, 2014).

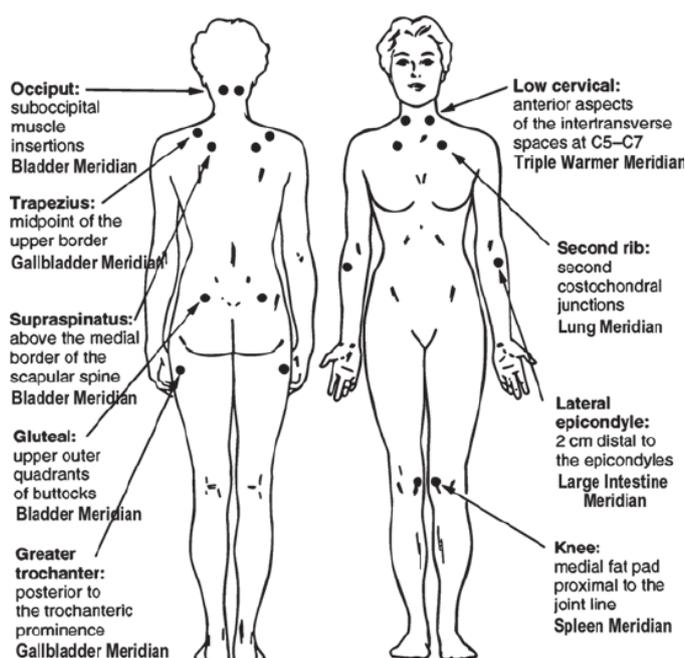
A síndrome foi caracterizada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR, 2012) como uma condição, cuja etiologia é desconhecida, determinada por dor crônica muscular generalizada que dura mais de três meses e que não apresenta marca orgânica de inflamação no local acometido pela dor. Os sintomas, segundo a SBR, além da dor, são fadiga e sensação de sono não reparador, podendo também ser reconhecidos nos indivíduos com fibromialgia sintomas como, ansiedade, depressão, alterações de concentração e de memória. Estas características assemelham-se aos critérios estabelecidos pela *American College of Rheumatology - ACR* (Wolfe *et al.*, 2010), que também enumera o desconforto vultoso causado pela fadiga física, a dificuldade em obter sono revitalizante e queixas em relação à memória e à concentração.

Avelino (2014) evidencia que a definição da ACR e da SBR foram aceitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993, porém abrangendo mais sintomas concomitantes e considerando a doença como se tratando de um amplo espectro. Assim, Kotaka (2007) destaca que sintomas como intestino irritável, colite espástica, dor de cabeça, dores durante o período menstrual, torpor, formigamento, alta sensibilidade térmica, dificuldades em praticar exercícios e queixas de fraqueza foram considerados pela OMS, excedendo aos sinais e sintomas anteriormente descritos. Bennet (2005) participa da organização do **Cecil Tratado de Medicina Interna**, onde a fibromialgia é caracterizada como síndrome multissintomática, visto a vasta gama de sintomas associados, em especial a dor crônica, afetando mais mulheres que homens.

Reconhecendo os sintomas, a ACR estabeleceu critérios diagnósticos da fibromialgia no ano de 1990, atualizados em 2010. Se tratando de uma condição que não pode ser vista em exames de imagem, a investigação se inicia pelo reconhecimento do histórico de dor lancinante e difusa do paciente, assim como o exame clínico da ocorrência de dor em ao menos onze dos dezoito *tender points* (pontos de tensão) quando pressionados. Além disso, os sintomas devem ter uma duração cronológica igual ou superior a três meses (Wolfe *et al.*, 2010).

Os pontos de tensão correspondem a locais no corpo que, quando pressionados com os dedos, emitem estímulos dolorosos em pacientes com a síndrome. Eles são simétricos (bilateralmente) conforme apresentado na Fig. 1 e localizados na região occipital, na região de inserção do músculo suboccipital; na cervical baixa, na parte anterior do músculo no ligamento intertransverso, entre as vértebras C5-C7; no trapézio, no ponto médio da borda superior do músculo; no músculo supraespinhoso, originando acima da escápula, perto da borda medial do músculo; na segunda junção costochondral, lateralmente às junções superiores com o músculo do peitoral; no epicôndilo lateral, cerca de 2 centímetros de distância do epicôndilo; no glúteo, na parte média dos quadrantes superiores das nádegas, na região anterior do músculo; na região do trocanter maior, posterior à proeminência trocantérica; e, por fim, no joelho, na camada de gordura medial próxima à linha articular (Wolfe *et al.*, 2010).

Figura 1: Localização dos “*tender points*” de acordo com a ACR



Fonte: Wolfe *et al.* (2010 *apud* American College of Rheumatology).⁵

Após avaliação clínica dos *tender points*, o diagnóstico deve ser feito em observância ao relato dos outros sintomas reconhecidos e descritos anteriormente, porém a dor crônica é comumente apontada como sintoma principal (Wolfe *et al.*, 2010). Como mencionado, o diagnóstico envolve avaliação clínica, exclusão de outras patologias do sistema musculoesquelético que poderiam justificar as dores - cujos dados são obtidos nos resultados de exames de imagem - e anamnese cuidadosa, visando-se identificar outros sintomas e seu tempo de ocorrência. É de responsabilidade do médico a exclusão de outras hipóteses diagnósticas e o diagnóstico da fibromialgia, entretanto, seu tratamento deve ser multidisciplinar, pois os sintomas são manifestados no corpo, mas, sua etiologia e/ou agravamento do quadro relacionam-se a fatores emocionais. Neste sentido destaca-se que dentre os critérios diagnósticos da fibromialgia na CID-11 (OMS, 2022) está explícito que a dor crônica é difusa e multifatorial, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A dor física, acompanhada dos outros sintomas descritos neste artigo, caracterizam a fibromialgia para a medicina, porém o olhar psicanalítico se volta para o aspecto subjetivo, que acrescenta outro significado à sensação dolorosa. Kotaka (2007, p.212), assim como Nasio (2008), contempla a dor como “evidência de intensa angústia diante de uma situação de perdas de objeto de amor” e afirma que tal fato pode fazer pouco sentido em uma esfera organicista, porém é revestida de significado quando vista sob a ótica da psicanálise que, na ausência de palavras, percebe o mal-estar do indivíduo pela exteriorização em seu corpo. A autora pontua que, diante da fragilidade na estrutura do sujeito, o psiquismo desenvolve maneiras de mascarar suas pulsões, exteriorizando “por meio de coreografias suas emoções e desejos inconscientes, que representam as insatisfações experimentadas e acumuladas ao longo da vida do sujeito” (Kotaka, 2007, p.59). Assim, faz referência a McDougall (2000), ao destacar que o físico e o somático estabelecem relações que podem ser entendidas como uma teatralidade, utilizando do corpo para expressar-se.

⁵ Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/American-College-of-Rheumatology-ACR-fibromyalgia-tender-point-map-with-acupuncture_fig2_227009347 Acesso em: 26 abr. 2024. **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.614-639, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

Segundo Kotaka (2017), apesar de existirem relevantes estudos que buscam uma maior compreensão da problemática da dor psicossomática, é notável a dificuldade em estabelecer este diagnóstico devido à falta de marcas objetivas no corpo detectáveis em exames. Apesar desse obstáculo, as queixas de dor são reais e persistentes, fazendo com que os olhares se voltem para a busca do entendimento da fibromialgia desde sua etiologia, de seu tratamento, de sua marca no corpo e do lugar da psicanálise na compreensão da dor psicossomática. Há uma lacuna no discurso puramente anatômico e biológico da medicina, que entende o corpo como entidade orgânica e concreta. Assim, a autora descreve a medicina como a ciência que terá o olhar à queixa biológica, marcada no corpo e apresentada em concretude. A visão sobre o paciente, portanto, é de buscar respostas para a queixa manifesta e examinar fisicamente o corpo que se apresenta diante do profissional.

Desta forma, frente à complexidade da fibromialgia, entende-se a necessidade de se compreender a doença a partir de uma perspectiva multidisciplinar. Por isso, torna-se relevante que o tratamento envolva intervenções multiprofissionais. Como o foco deste artigo é a psicanálise, na seção a seguir será dissertado sobre o papel do psicólogo e, de forma mais detalhada, serão tecidas considerações acerca do papel do analista.

5 A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Diante do exposto, ressalta-se, novamente, a importância de a fibromialgia ser investigada sob diferentes enfoques, o diálogo entre as duas formas de entendimento - Medicina e Psicanálise -, tal como com outras áreas de saber. Isso se faz necessário para visar à maior compreensão da problemática da dor e o bem-estar do paciente, sugerindo uma interlocução e não uma rivalidade entre elas. Inicialmente, optou-se por falar da atuação do analista na psicossomática e, posteriormente, serão tecidas considerações específicas sobre a fibromialgia, tema do artigo.

Conforme apontado por Mello Filho (1992), o diálogo multidisciplinar a respeito da dor psicogênica abre espaço para os profissionais de saúde embarcarem em uma busca pelo entendimento da especificidade do paciente

que se apresenta como sujeito que sofre e pede por ajuda, dotado de representações físicas e emocionais de sua dor.

Considerando-se o psicanalista enquanto membro da equipe multiprofissional de saúde e reafirmando-se a necessidade de se considerar o ser humano como biopsicossocial, a intervenção deste profissional junto ao paciente somático com dor crônica, em especial, a fibromialgia, mostra-se relevante. Segundo Kotaka (2017), a escuta do sujeito é fundamental, permitindo o acesso à subjetividade, à trajetória do sujeito e a seus recursos egóicos, pois, na análise, este corpo pode associar livremente suas ideias. Nessa perspectiva, pode-se entender que, ao falar em corpo para a psicanálise, deve-se pensar em algo que ultrapassa o registro biológico, um corpo erotizado que contém marcas de pulsão e de linguagem e nele são encenadas expressões do psiquismo.

5.1 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NA PSICOSSOMÁTICA

Apesar de não ser o principal objetivo deste artigo diferenciar a histeria e a psicossomática, a citação a seguir ilustra, metaforicamente, o papel do analista em ambos os casos. A intervenção do analista será distinta na histeria e na psicossomática, o que servirá como ponto de partida desta subseção:

A histeria reveste a pérola de areia, então, cabe aos analistas, através da palavra, devolver a beleza à pérola. O fenômeno psicossomático marca o centro da pérola com um grão de areia, portanto pertence, também, a esses profissionais a possibilidade de devolver a beleza da pérola, buscando um sentido para aquilo que se encontra escrito. No conto, o sujeito tem uma história a contar. No ponto, existe algo que está no real, não é simbolizado, não traz história; é só um ponto, traz algo a ser decifrado. A histeria produz um conto no corpo; o fenômeno psicossomático produz um ponto no corpo (Jesus, 2002, p.73).

Santos Filho (1992) destaca os pontos mais relevantes a serem observados no atendimento ao paciente psicossomático. Ele considera que a eclosão psicossomática tem relação com uma perda que, normalmente, aparece de forma real e concreta e tende a ser minimizada ou bem tolerada. Observa-se, também, uma pobreza da vida imaginativa no discurso, caracterizada por Marty (1993) como pensamento operatório, no qual o sujeito é extremamente concreto, expressando pouco conteúdo afetivo, ao invés de demonstrar uma articulação

associativa simbólica. Apesar deste discurso característico, Santos Filho (1992, p. 356) considera que a via somática “[...] admite uma história, mas uma história ligada a estas vivências traumáticas, cujo protótipo é a perda do objeto ou algo que imaginariamente lhe corresponda”.

Diante das observações de Santos Filho (1992), entende-se que a relação analítica destes pacientes costuma iniciar, salvo algumas exceções, pela indicação de médicos. Sendo assim, a demanda de análise é inicialmente fornecida por outros e apenas “aceita” pelo paciente. É como se indicação para o processo terapêutico fosse semelhante a um pedido de exame, visto como uma etapa e não como um caminho a ser desvendado. Nesse sentido, Santos, Santana e Zanotti (2022) propõem um trabalho na direção de uma desidentificação do sujeito com o estigma de seu diagnóstico, pois esconder-se atrás da problemática da doença pode ocultar as raízes do acometimento da síndrome. Consideram que, para este fim, o paciente deve expressar aquilo de sua história que lhe faz singular.

Santos Filho (1992) afirma ser possível observar uma dissociação completa entre o acontecimento traumático e os sintomas apresentados. Assim, a primeira tarefa do analista deve ser uma recapitulação cronológica que associe a história do paciente com as manifestações somáticas. Por este caminho, é esperado alcançar uma consciência, por parte do paciente, da relação de seus sintomas com algo maior, de caráter existencial, que possa despertar nele uma questão de análise.

McDougall (2000) utilizou a expressão **teatro do corpo** como título de sua obra para abordar o fenômeno psicossomático, ao observar diferentes cenas que o ego representa como personagens que compõem o repertório psíquico do paciente como teatros somáticos que surgem no **palco** analítico. A autora define o momento de análise como o teatro particular do analisando, que convida o analista a representar vários papéis diante de sua angústia. Nesse sentido, acrescenta que o teatro no corpo pode surgir com posturas, expressões e sintomas corporais como tiques para demonstrar emoções.

Para o trabalho em análise de seus pacientes, McDougall (2000) deixava-se guiar pela palavra de seus analisandos, buscando, em suas histórias, a ligação entre sofrimento, angústia e prazer. Ela observava que seus pacientes

psicossomáticos pareciam deixar as cortinas de seu psiquismo fechadas, esmagando seus estados afetivos. A autora traz ainda a discussão a respeito da condição de análise destes pacientes, e afirma que apenas o distúrbio psicossomático não é suficiente para se entrar em análise. É necessário o desejo de desbravar lugares desconhecidos e fazer uso das descobertas para ter recursos para enfrentar a vida.

Seguindo esta linha de raciocínio, segundo Marty (1990 *apud* Volich 2000), o paciente somático demonstra dificuldades no âmbito do simbólico e dos sonhos, assim como uma real pobreza discursiva fixa na realidade concreta, o que se configuraria como um fator desfavorável para o processo de análise. Apesar disso, como qualquer outra pessoa, o autor afirma que os processos estruturantes do sujeito estão implicados nestas pessoas, como as pulsões, as experiências da infância e a sexualidade, o que seria um caminho para a análise.

Neste sentido, segundo Zimerman (2008), apesar de as experiências afetivas do sujeito que somatiza estarem inscritas no inconsciente e serem passíveis de representação egóica, este conteúdo não foi simbolizado e transformado em linguagem para tornar-se pré-consciente. Kotaka (2017) entende que o campo da psicanálise colocará seus empenhos em buscar o sintoma nas palavras do sujeito, observando suas dificuldades de lidar com a realidade e de simbolização, esmiuçando, assim, as impotências e defesas do analisando com o objetivo de desvelar o que está suprimido no inconsciente.

Volich (2000) evidencia a função econômica do aparelho psíquico referente às intensidades de energia e de libido que se relacionam com o sintoma psicossomático como um recurso que suprime a linguagem e implica em uma resposta orgânica. A insuficiência de recursos leva a certa desorganização libidinal progressiva da economia do paciente somático. Isso será observado pelo analista, tendo como consequência a descarga somática como organizadora do psiquismo. Assim, o autor considera importante ter em mente que o adoecimento, apesar de sua característica desviante ou regressiva, tem um papel de tentar estabelecer um equilíbrio no organismo.

Ainda, Volich (2000) enfatiza que as relações interpessoais destes pacientes são marcadas pela indiferença e por um rebaixamento do investimento objetal que também recai fatalmente na transferência psicoterapêutica. Isso

representa um desafio para o ingresso em análise, podendo ocupar o lugar de uma inquietação narcísica para saber do analista. McDougall (2000) compartilha deste mesmo pensamento acerca dos desafios enfrentados com o paciente psicossomático. Ela afirma que ser elegível ao tratamento analítico ou não ultrapassa a simples queixa somática como requisito a ser observado. A autora considera que qualquer candidato à análise tenha esse desejo para si mesmo e implique-se nesta jornada, já que, para ela, o simples fato de “precisar” de análise ou de apresentar um sofrimento não torna alguém necessariamente analisável. Para isso, é primordial o desejo de alcançar recursos para descobrir a significação das situações e sintomas, até então incompreensíveis, que guardam sua etiologia no inconsciente, seja um paciente somático ou não.

McDougall (2000) alerta sobre a reação contratransferencial do analista ao lidar com doenças psicossomáticas e considera um terreno que, por muitas vezes, pode parecer duvidoso para o trabalho analítico. Estes pacientes tendem a revelar uma escassez de associações e ligações como se vê em pacientes neuróticos, assim a autora percebe que alguns analistas tendem a receber mal as queixas somáticas, considerando uma afronta narcísica por acreditarem que seus esforços devam se limitar ao que é verbalizável. Porém, a autora postula na direção oposta ao afirmar que as outras vias de comunicação, que não apenas a linguagem, também apresentam um campo de atuação para o analista. Assim, um paciente somático que atenda aos critérios para adentrar no tratamento poderá se beneficiar de um processo analítico junto a um terapeuta com boa vontade e atento ao psicossoma.

Segundo Santos Filho (1992), o trabalho do analista deve ser cuidadoso e ativo, de modo que permanecer-se em silêncio esperando por associações livres não será um caminho produtivo. Além disso, sob o silêncio pode reinar um clima de incompreensão para este paciente que necessita de uma interação concreta com o analista:

O paciente psicossomático não está em Tebas em busca de um oráculo, à espera de uma decifração. Ele está em busca de uma relação humana, interpessoal que possa ajudá-lo a constituir-se mais plenamente como sujeito e, quem sabe, um dia possa até desejar buscar um oráculo (Santos Filho, 1992, p. 357).

Aprender a se expressar também é considerado por Fortes (2000) como parte essencial para a evolução do paciente com queixas somáticas persistentes, pois possibilita mais autorreflexão e maior familiaridade com os próprios sentimentos, sendo primordial para a elaboração de seus conflitos internos. Sendo assim, o trabalho interpretativo também precisa ser feito com cautela na direção de aproximar o paciente de suas vivências, em especial com as manifestações transferenciais que, segundo Santos Filho (1992), devem ser vividas e não interpretadas. Assim, ele ressalta que interpretações simbólicas não encontrarão um caminho construtivo.

Ao analista que decide embarcar numa jornada com o paciente somático cabe a consciência de que o processo exigirá tempo, paciência e muito de si, já que, de acordo com Santos Filho (1992), estes pacientes relacionam-se com a disponibilidade interna do analista para além do que ele pode verbalizar. Por fim, o que se busca no processo de análise deste paciente é a construção de um caminho de elaboração que depende deste vínculo intenso e contínuo que se construirá com o terapeuta, exigindo que o analista adote uma mudança em sua conduta de neutralidade. Aos poucos, o contorno que falta ao paciente vai sendo construído, assim como a estrutura do pensamento e a capacidade imaginativa.

5.2 PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NA FIBROMIALGIA

Retomando os critérios diagnósticos da CID-11 (APA, 2022), reitera-se a compreensão do caráter multifatorial da fibromialgia, o que justifica a importância da intervenção da equipe multiprofissional em saúde, considerando-se os fatores biológicos, psicológicos e sociais que interferem na dor crônica. Inicialmente, o desafio é o diagnóstico. Retoma-se a ideia de que, devido às queixas de dores no corpo, o paciente com fibromialgia, inicialmente, costuma buscar um auxílio médico e, na frustração de não ter sua queixa solucionada, pode migrar para médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde, inclusive, o psicólogo ou analista. Estes últimos avaliam e abordam a queixa somática da dor a partir de uma perspectiva que ultrapassa o aspecto objetivo.

É preciso que este tratamento seja conduzido sob uma perspectiva multidisciplinar, como afirmam Besset *et al.* (2010) em seu estudo sobre a

síndrome. Os autores concebem que o sucesso do tratamento depende da avaliação das áreas além da medicina, destacando que os elementos psíquicos não podem ser negligenciados devido ao entrelaçamento da fibromialgia com os traumas, estados emocionais e a experiência subjetiva do paciente. O acompanhamento psicológico irá investigar o que aquele corpo quer dizer.

Neste sentido, Avelino (2014) traz o histórico emocional do paciente como fator subjetivo da síndrome, articulando com a concepção de Heymann *et al.* (2010 *apud* Avelino, 2014) sobre a importância da condução do tratamento a partir de abordagem multidisciplinar, incluindo acompanhamento psicológico. Esta atenção ao psiquismo do indivíduo fibromiálgico atentar-se-ia ao movimento inconsciente de defesa do paciente que pode fazer esse sintoma no corpo. Além disso, o olhar pautado na perspectiva psicanalítica vai para além da queixa inicial, desdobrando-se para uma investigação e tratamento de possíveis transtornos de humor que podem se relacionar à síndrome (Avelino, 2014). Segundo Lobato (1992), a dor contempla um mecanismo primitivo de proteção, porém, para além disso, se formula como mecanismo defensivo que pretende afastar sentimentos importunos, ideias inadmissíveis ou experiências difíceis como proteção, podendo até chegar ao ponto de ser motivo para se obter ganhos secundários.

O caminho entre a queixa e a demanda do paciente com fibromialgia para Santos, Santana e Zanotti (2022) tem início na dor, assim, a queixa endereçada ao médico é, por muitas vezes, a mesma recebida pelo analista. Esta queixa direciona o olhar do outro para o reconhecimento de seu sofrimento demandando sofrimento, demandando um alívio ou até mesmo uma forma de delimitar e legitimar esta dor invisível, porém, verdadeira, que sofre. À vista disto, o *setting* terapêutico será um local para privilegiar o discurso do paciente fibromiálgico, assim como oferecer a ele o reconhecimento de sua dor e o que ela lhe provoca.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento médico da fibromialgia é apresentado por Kotaka (2017) como essencialmente focado no alívio da dor, na dificuldade de sono e no alívio de outros eventuais sintomas a fim de possibilitar uma melhora na qualidade de

vida do paciente. Este tratamento tem o objetivo de atenuar o acometimento da síndrome sob o paciente, porém não é capaz de curar ou alterar o prognóstico da doença, apresentando, assim, um **caráter paliativo**, quando parte de uma perspectiva que considera exclusivamente o saber médico e lança o olhar unicamente para o campo biológico.

Na medicina, o tratamento tem base nos fenômenos observáveis em sua concretude e atua na proposta da redução da dor, aumentando a qualidade de vida do paciente. A psicanálise, por sua vez, entra para que, além de comprovar estes fenômenos, seja possível encontrar meios para enfrentar as particularidades que enraízam este sofrimento (Besset *et al.*, 2010). Santos, Santana e Zanotti (2022) estabelecem uma interface entre a medicina e a psicanálise para o tratamento, apontando que estas duas áreas sempre terão uma relação estreita: seja pelos pacientes que comumente buscam pela psicoterapia por indicação médica ou pela necessidade de conter a dor desse corpo para aliviar o sofrimento orgânico. Já sob outra ótica, os autores apontam que a medicina recorrerá ao tratamento da psicoterapia diante dos fracassos em curar um organismo em que a dor sempre retorna, reforçando assim, uma imprescindível articulação destes saberes.

A fibromialgia tem sido objeto de crescente interesse em diversas áreas para além da Medicina e da Psicanálise, com o objetivo de aprimorar a qualidade de vida dos pacientes, mobilizando a sociedade, impulsionando pesquisas e iniciativas políticas para visibilizar esse sofrimento tão velado. Atualmente, está tramitando na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei PL 598/23023, o qual busca garantir direitos que facilitem o cotidiano de pacientes fibromiálgicos. Este PL prevê a inclusão da fibromialgia como deficiência oculta, garantindo atendimento prioritário, aposentadoria com tempo reduzido, meia entrada em eventos culturais, estímulo no mercado de trabalho e possibilidade de se adquirir um veículo com custo reduzido, facilitando, assim, a locomoção da pessoa com fibromialgia. Além disso, este PL, se aprovado, também implicará em mudanças no Sistema Único de Saúde - SUS, que passará a fornecer gratuitamente tratamento para a síndrome. Este Projeto de Lei e outros em instâncias estaduais objetivam visibilizar a fibromialgia e trazer melhorias na qualidade de vida de quem trata da síndrome (Câmara dos Deputados, 2023).

Sem dúvida, é reconhecido o sofrimento vivenciado pelo paciente com fibromialgia – o que é elucidado, inclusive, na CID-11 (OMS, 2022) – e, conseqüentemente, a relevância do Projeto de Lei supracitado, entretanto, há de se considerar o impacto de tais mudanças no SUS e na sociedade como um todo. Ao se considerar a possibilidade da concessão dos direitos de pessoa com deficiência às pessoas com fibromialgia, é importante levar em conta as pessoas que já necessitam de atendimento preferencial e prioritário e nem sempre têm este acesso. Assim, incluir a fibromialgia como uma deficiência significa estender os direitos supracitados para os portadores de uma doença que atinge aproximadamente 2,5% da população mundial (SBR, 2022), o que pode sobrecarregar ainda mais o sistema e dificultar o acesso da população aos direitos adquiridos.

Por fim, é importante ressaltar que, apesar de existirem artigos e produções científicas sobre a fibromialgia sob um viés psicanalítico, a realização deste estudo permitiu a identificação de uma grande lacuna de artigos específicos sobre a análise do paciente com fibromialgia e, inclusive, sobre as possibilidades de intervenção da psicoterapia psicanalítica nestes casos. A maior parte do material encontrado traz o enfoque totalmente para o tratamento do paciente com dores crônicas no geral ou sobre o manejo do paciente psicossomático de forma ampla.

REFERÊNCIAS

AVELINO, Simone Eliza Ribeiro de Carvalho. **O corpo na Psicanálise: o caso da Fibromialgia**. 2014. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/1855> Acesso em: 11 maio 2024.

BENNET, Robert M. Fibromialgia. *In*. GOLDMAN, Lee; SHAFER, Andrew I. **Cecil tratado de Medicina interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

BOCK, Ana Maria M.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei N° 598/ 2023**. Classifica a fibromialgia como deficiência para todos os fins legais e dispõe sobre o tratamento da doença fornecido pelo Sistema Único de Saúde. Brasília, 17 de fevereiro de 2023. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2236265&filename=PL%20598/2023 Acesso em: 28 set. 2024.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Atribuições Profissionais dos Psicólogos no Brasil**. 2008. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf Acesso em: 03 set. 2024

COSTA, Renata S. C. da. **As dores corporais na fibromialgia**: reflexões psicanalíticas. Ano. 2009. 106p Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2009. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/111> Acesso em: 03 abr. 2024

FORTES, Lúcia C. Lima. Grupos com Pacientes com Dor Crônica. *In*: MELLO FILHO, Julio; TELLES, Sergio; LUCINDA, Norma; GORAYEB, Ricardo. **Grupo e Corpo**: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.331-344.

FREITAS, Elisa Pelosi de; PERES, Rodrigo Sanches. A fibromialgia sob a ótica psicanalítica: um breve panorama. **Polêmica**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 001–015, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/polemica/article/view/28292>. Acesso em: 11 mai. 2024.

KOTAKA, Elia Tie. **Fibromialgia**: Abordagem médica, psicanalítica e psicossomática. Curitiba: Juruá, 2017.

LIMA, Cláudia Pietrângelo; CARVALHO, Cristina Vilela de. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. **Aletheia**, n.28, p.146-158, 2008. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200012 Acesso em: 27 set. 2024.

LOBATO, Oly. O problema da dor. *In*: MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, p. 165-178.

JESUS, Maria Ângela G. S. **Histeria**: um conto no corpo. Fenômeno psicossomático: um ponto no corpo. 2002, 79p. Dissertação (Mestrado em psicologia e psicanálise). Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2002.

MARTY, Pierre L. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

MC DOUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MELLO FILHO, J. Introdução. *In*: MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 19-27.

NASIO, Juan-David. **A dor física**: uma teoria psicanalítica da dor corporal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

OMS. **Classificação Internacional de Doenças Décima Primeira Revisão (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Acesso em: 22 ago. 2024.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues; JESUS, Ludmila Madeira. Fibromialgia: impasses da demanda para a clínica psicanalítica. **Psicologia Clínica**, v.33, n.3, p.467-486, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652021000300005. Acesso em: 27 set. 2024.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michael. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, Caio César da Paz; SANTANA, Amora Sarmento; ZANOTTI, Susana Vasconcelos. A escuta da dor: aspectos clínicos do tratamento psicanalítico em casos de fibromialgia. **International Journal of Development Research**, v.12, n.9, p.54044-59048, 2022. Disponível em <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/25396.pdf>. Acesso em: 27 set. 2024.

SANTOS FILHO, Otelo Corrêa dos. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. *In*: MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, p.353-361.

SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise: física ou psíquica?. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 450–468, set. 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5> Acesso em: 11 maio 2024

SBR. **Fibromialgia**. 2022. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/fibromialgia-e-doencas-articulares-inflamatorias/> Acesso em: 18 maio 2024

SBR. **Tratamento da Fibromialgia**. 2011. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/tratamento-da-fibromialgia/#:~:text=O%20tratamento%20da%20fibromialgia%20%C3%A9,na%20qual%20se%20ajusta%20melhor.> Acesso em 18 maio 2024

VIEIRA, Wilson de Campos. A psicossomática de Pierre Marty. *In*: VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvelho. **Psicossoma I: psicanálise e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.25-40.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. Coleção clínica psicanalítica Casa do Psicólogo: São Paulo, 2000.

WOLFE, Frederick; CLAUW, Daniel J.; FITZCHARLES, Mary-Ann; GOLDENBERG, Don L.; KATZ, Robert S.; MEASE, Philip; RUSSELL, Anthony S.; RUSSELL, I. Jon.; WINFIELD, John B.; YUNUS, Muhammad B. ACR. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**, v. 62, n.5, p. 600-610. Maio, 2010. Disponível em:

<https://rheumatology.org/api/asset/blted67490d257b48c0> Acesso em: 17 maio 2024.

ZIMERMAN, David E. **Manual da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.