UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JOSÉ RICARDO LOPES GARCIA

**Quando Narciso acha feio o que é espelho: o
sofrimento do sujeito contemporâneo no
adoecimento dermatológico**

SÃO PAULO

2010

JOSÉ RICARDO LOPES GARCIA

**Quando Narciso acha feio o que é espelho: o
sofrimento do sujeito contemporâneo no
adoecimento dermatológico**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Psicologia
Clínica

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dra. Elisa Maria
Parahyba Campos

SÃO PAULO

2010

153.7
G165q

Garcia, José Ricardo Lopes.

Quando Narciso acha feio o que é espelho : o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico / José Ricardo Lopes Garcia, 2010.

121 f. : il.

Orientadora: Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

Tese (Doutorado)—Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, São Paulo, 2010.

1. Psicanálise. 2. Contemporaneidade. 3. Narcisismo. 4. Doença Dermatológica. I. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

GARCIA, J. R. L. **Quando Narciso acha feio o que é espelho:** o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos
(Presidente)

Instituição: IP-USP-SP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Instituição: FCM-Unicamp- Campinas

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Marisa Campio Müller

Instituição: PUC-RS

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Daniel Kupermann

Instituição: IP-USP-SP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Marilene Krom

Instituição: FC-Unesp-Bauru

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Ao Gui,

Filho amado que trouxe um novo sentido à minha vida,
ensinando-me a viver com mais alegria.
Companheiro das mais deliciosas aventuras e brincadeiras.

AGRADECIMENTOS

À Elisa, que soube revestir de afeto, acolhimento e sabedoria as orientações e o apoio necessário na realização deste trabalho.

Aos meus pais, acolhedores, atentos e compreensivos. O mais verdadeiro apoio que pude contar nos momentos difíceis. Vocês continuam me ensinando muito.

... UM AGRADECIMENTO ESPECIAL

À

Prof^a. Dra. Marisa Campio Müller e ao Prof. Dr. Daniel Kupermann pelas preciosas contribuições prestadas no exame de qualificação.

Aos pacientes que se dispuseram a prestar o testemunho de suas histórias.

À Dani, companheira e amiga que vem compartilhando os passos entre a Psicanálise e o afeto.

Aos colegas do Instituto “Lauro de Souza Lima”, na representação do Dr. Marcos da Cunha Virmond, em especial aos colegas da Divisão de Reabilitação, tão bem representados por Lygia.

Às parceiras de trabalho, na Psicologia do Instituto, Daniela, Magdalene, Renata, e Mariane, bem como, aos diversos colegas que passaram pelo Programa de Aprimoramento no Instituto, pelo apoio.

Aos vários professores do programa de pós-graduação, pela dedicação prestada, por possibilitar os ricos momentos de reflexão, bem como algumas preciosas orientações no sentido de fazer ciência.

Ao Professor Hélio Requena da Conceição pela minuciosa revisão gramatical e pelas preciosas sugestões prestadas.

Ao Rafael Mielli Rodrigues, bibliotecário do Instituto “Lauro de Souza Lima”, pelo empenho profissional, nas observações e contribuições da revisão metodológica.

À Thalita, pela dedicação na transcrição das entrevistas.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste trabalho cuja lista é extensa.

... EU AGRADEÇO

RESUMO

GARCIA, J. R. L. **Quando Narciso acha feio o que é espelho: o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico.** 2010. 121 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Este trabalho versa sobre uma reflexão acerca de algumas questões atuais que envolvem o sujeito contemporâneo a partir de uma compreensão histórica e psicanalítica, enfatizando a experiência corpórea, de sua relação com a pele e com o adoecimento. Nosso propósito foi o de investigar as implicações contemporâneas na constituição da subjetividade diante do processo de adoecimento dermatológico. Utilizamos o método clínico-qualitativo de pesquisa apoiado na teoria psicanalítica para a análise dos dados. Foram analisados os discursos de 3 pacientes, em tratamento dermatológico ambulatorial de um hospital, em que utilizamos a entrevista semidirigida para a apreensão do discurso do paciente e, posteriormente, foram realizadas a análise do conteúdo temático e latente com o objetivo de compreender o significado simbólico apresentado sujeito doente diante do adoecimento. Chama-nos a atenção, em especial, a experiência cotidiana do sujeito na sua convivência com a doença. O narcisismo, enquanto conceito psicanalítico, apresentou um recurso fundamental para compreender o sofrimento do sujeito diante das demandas psíquicas versadas sob a perspectiva do ideal de eu. A pele, entendida enquanto limite e continência do eu, mostra uma importante interface entre o eu e o outro. Com a falência dos ideais sociais, passa a existir um primado dos ideais narcísicos e da corpolatria. Os modelos de beleza produzidos na cultura são tomados como ideais e determinam padrões estéticos que são incorporados pelo sujeito. Consequentemente, a doença e, em especial, no nosso estudo, a dermatose traz um sofrimento ampliado ao paciente dermatológico por esse distar do ideal de beleza e sedução contemporâneo, fazendo com que ele passe a conviver com o sentimento de diferente e de excluído. O adoecimento, enquanto característica própria da condição humana, é vivido como interdição das demandas por satisfação, e se ocupa do papel de frustrar o sujeito no seu projeto de felicidade e busca da perfeição narcísica.

Palavras-chave: Psicanálise, contemporaneidade, narcisismo, ideal de eu, corpo, pele, adoecimento dermatológico.

ABSTRACT

GARCIA, J. R. L. When **Narcissus finds it's ugly what he sees in the mirror**: the suffering of contemporary subjects in dermatologic illness. 2010. 121 p. Doctoral Thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

This work is about reflections concerning some actual questions which are raised with contemporary subjects based on a comprehension of history and psychoanalytics, stress of the physical experience; and the relationship of skin and falling ill. It is proposed to investigate the contemporary implications in subjective organization prior to the suffering dermatologic. A qualitative-clinical method of inquiry using psychoanalytic theory as the foundation of analysis of data is utilized. By analysis of discourse of 3 ambulatory patients in hospital dermatologic treatment, and semi-directive interviews concerning the suffering reported by patients, and later, conducting a latent theme content analysis with the objective of understanding the symbolic significance as shown by subjects becoming ill. Special attention is called to the daily experience of subjects in relationship to their illness. Whereas the narcissistic concept psychoanalytically presents to be how the basic complaint is the daily experience of the subject, in relationship to illness; before the demand of psychic versions under the perspective of the ideal self. The skin is understood to limit the contingency of display, and is thus an important interface between the inner, and outer self. With failure of the social ideal, there is the existence of the primary ideal of narcissistic physical projection. Our models of beauty are produced by a culture which takes sound ideals and determines esthetic requirements that are embodied by subjects as to how skin should appear. Consequently, an illness, and especially in the study, a dermatologic condition, carries amplified suffering for dermatology patients for that difference between the ideal of contemporary beauty and seductiveness, and how one passes and lives with feelings of difference and exclusion. Whereas traits of suffering are properly a part of the human condition; lived as interdiction; and life, the how of the interdiction of the demands for satisfaction, and the frustration of subjects as they project happiness, and find perfection in narcissism, are subjects of the paper.

Key Words: Psychoanalysis, contemporary, narcissism, ideal self, body, skin, dermatologic illness.

LISTA DE SIGLAS

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

ILSL – Instituto “Lauro de Souza Lima”

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE	19
3 UMA COMPREENSÃO DO CONCEITO DE NARCISISMO EM FREUD	30
4 PELE: DO LIMITE CORPORAL À CONTINÊNCIA DO EU	44
5 MÉTODO	56
5.1 Sujeitos	59
5.2 Instrumentos	61
5.3 Procedimento para análise dos dados	63
5.4 Procedimento ético	65
6 POR UMA COMPREENSÃO DO DISCURSO: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8 REFERÊNCIAS	107
<i>APÊNDICES E ANEXOS</i>	116

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

" Há mais razão no teu corpo do que na própria essência da tua sabedoria. E quem sabe por que é que o teu corpo necessita da essência da tua sabedoria?"
*FRIEDRICH NIETZSCHE*¹

A ciência e, em especial, a medicina, desde Galeno, tem ocupado um papel de proclame das regras básicas de organização social. Nos dois últimos séculos, o alcance dessa influência ganha dimensões jamais vistas, até mesmo quando comparado ao domínio da Igreja durante todo o período inquisitório. Queremos considerar aqui essa influência especialmente no que tange à determinação moral e ética e, mais recentemente, estética.

Quando falamos sobre a moral e, especialmente, a ética, temos de situar que o eixo fundamental do pensamento contemporâneo é o modelo econômico neoliberal. A medicina ocupa o papel mediador do discurso econômico, na determinação do normal e do patológico, e mais, do que é patológico do ponto de vista moral (PELBART, 1997).

Temos uma nova preocupação que assola o sujeito contemporâneo. Novas maneiras de atuar em sociedade, cujos critérios de inclusão ou exclusão assumem parâmetros de outra ordem.

Este panorama nos faz pensar sobre vários aspectos pelos quais se constitui o sujeito e a subjetividade. Em especial, o que nos chama atenção é a vivência do processo de adoecimento na contemporaneidade.

Será necessário, portanto, lançar nosso olhar sobre a produção sócio-cultural modificada por essa nova ordem, resultando naquilo que podemos chamar de contemporaneidade. Esta nos captura na visão do sujeito, que vivencia uma

¹ Friedrich Nietzsche, em *Assim Falava Zaratustra*: Um livro para todos e para ninguém. Ed. Vozes.

significativa transição da posição da ação coletiva para uma atuação individualizada, autocentrada, voltada quase que exclusivamente para si mesmo (PELBART, 1997).

Deise Mancebo (2002) sustenta essa discussão quando descreve brevemente a relação entre a posição do sujeito vinculado ao desenvolvimento histórico, enfatizando os vários modelos sócio-econômicos de nossa história recente. Observa que a constituição da subjetividade está demasiada sujeita ao contexto sócio-político-econômico, ou seja, às várias formas de subjetivação. A mesma autora aponta para uma realidade atual de um sujeito ainda mais individualizado, não conseguindo manter o suporte para a demanda do outro, um sujeito “neoliberal” que fala de si para si, não se contenta com sua condição humana, mostra-se frágil na construção de suas relações e projetos, destrói valores e crenças de maneira desavisada. Um sujeito carente de uma compreensão clínica diferenciada daquela lançada sobre o sujeito moderno.

Parece existir hoje um cuidado excessivo pelo sujeito com relação ao bem estar, impedindo-o de conviver com suas angústias e sofrimentos. Ressalta na cultura a busca de um sujeito ideal, na produção do eu narcísico.

O narcisismo é uma experiência de identificação na qual a criança, num primeiro momento, toma o objeto como um referencial, como uma forma de se identificar como diferente do outro, o que leva à formação do eu.

O narcisismo, tal qual é concebido marca, a sobreposição do sujeito ideal sobre o sujeito real. Há certa confusão entre onde começa e onde termina o real. Quando se trata de narcisismo, há sempre mais morte do que vida. “Narciso morre sozinho diante do espelho”, a solidão narcísica é um emblema observado no sujeito contemporâneo.

A imagem perfeita de si mesmo representada no eu ideal é sustentada por uma permanente necessidade de satisfação narcísica. Nesse sentido, o outro é tido como objeto, pois pode satisfazer as necessidades narcísicas do psiquismo. Fato é que somos capturados por uma expectativa volátil de satisfação imediata, e para isso buscamos as mais diversas fontes de satisfação, embora o sujeito contemporâneo não realize essa busca com a liberdade desejada.

O desejo da satisfação é um desejo intermediado pela cultura e pelo momento histórico no qual estamos inseridos. A contemporaneidade é também

produto de uma construção neoliberal, cuja ausência da grande paternidade do Estado. Se por um lado este desampara o sujeito, por outro lhe dá a sensação de maior individualismo.

Bauman (2001) aponta como uma das marcas da contemporaneidade a dissolução da temporalidade histórica, situando o sujeito no imediatismo, orientado pela satisfação dos desejos e necessidades pessoais.

Assim, urge a necessidade de entendermos um novo movimento sócio-econômico-cultural. Vivemos na emergência de uma cultura hedonista e narcísica, com a valorização acentuada da estética sobre a ética, em que o “parecer” sobrepõe-se à dimensão do “ter”, até então orientação suprema do capitalismo (BAUMAN, 1999).

Nessas condições, o corpo ganha um novo valor, não se glorifica mais o corpo forte para o trabalho, mas o corpo modelado pela estética. Sob essa ótica, o “corpo saudável” é o corpo esculpido da aparência. Estão aí as milhares de academias, cirurgias reparadoras, indústrias cosméticas, dietas específicas, patologias da estética contemporânea da imagem e tantas outras exigências sobre a busca do corpo perfeito.

Nesse contexto, a estética sobressai como uma importante referência para o sujeito. É um terreno fértil para o narcísico, como se estivéssemos num grande Jardim do Éden.

É evidente também que o sujeito contemporâneo não consegue responder a todas as dimensões dessa que podemos chamar de cultura narcísica.

A experiência subjetiva da corporeidade – onde podemos viver nossa angústia, o prazer corporal, o auto-erotismo, a determinação do limite entre o Eu e o Outro – fica comprometida pelo redirecionamento libidinal para o objeto externalizado, cujo investimento se volta mais para a estandardização do corpo do que para a experiência do sujeito consigo mesmo.

Quando este corpo se vê tomado por alguma alteração diante do tido como normal, e aqui gostaria de destacar o adoecimento, parece haver um comprometimento desse trajeto. O sujeito doente depara-se com o risco de não corresponder às expectativas determinadas para o sujeito contemporâneo.

Com relação a esse sentimento frente à doença, BAKIRTZIEF (1994) remete-se a uma manifestação que entende estar nas relações sociais, dizendo que a construção dos valores sócio-culturais da aparência física idealizada pode ser uma condição que o meio social utiliza para a prática da exclusão do sujeito adoecido.

Podemos pensar nas experiências de pessoas que convivem com uma doença crônica. Seu sofrimento psíquico nos chama a atenção despertando a curiosidade de investigar o quanto e como o adoecimento faz parte de suas histórias, na formação de sua subjetividade, na vivência de suas angústias, alegrias, de seu passado e projeção para o futuro. (SEBASTIANI, SANTOS, 1998)

Temos uma relação bastante clara quando consideramos a expectativa contemporânea do sujeito voltado para a busca de grandes satisfações e prazeres, fato típico do desenvolvimento do ideal de eu, numa cultura hedonista, que vincula a ilusão da felicidade a padrões estéticos preestabelecidos.

O sujeito contemporâneo não consegue conviver tranquilamente com a realidade que lhe é imposta por uma série de fatores, especialmente aqueles que o expõem ao sofrimento. Isso acontece na sua relação com o adoecimento, de uma forma geral.

O imaginário coletivo disseminador da ideia de que somos sujeitos a caminho de uma perfeição, desenvolve a representação nesse sujeito de que este não pode se submeter à falha, ao erro, à desqualificação – assim a doença² surge como algo que o denuncia como alguém à margem do *sujeito ideal*.

A ciência, por sua vez, promete uma nova forma de produzir a realidade desse sujeito, constituindo o plano do ideal, colaborando, portanto, para a convivência deste com uma grande e insuportável frustração, fazendo com que o sujeito desloque sua atenção do objeto e de si mesmo, procurando responder às expectativas que se desenvolvem sobre o sujeito e a subjetividade.

A indústria farmacêutica, tantas vezes aviltada pela produção e incentivo do uso abusivo de analgésicos, anestésicos, psicotrópicos, vem explorando nos últimos anos uma nova senda, a do mercado da estética. Esta lança mão da comercialização imensa de cosméticos inovadores, anorexídeos e os chamados

² Compreendo a doença em toda sua dimensão, desde seu caráter orgânico, psíquico, sócio-cultural, como uma demanda subjetiva, própria de um processo caracteristicamente humano.

suplementos alimentares auxiliares da modelagem do corpo, divulgados com a mesma promessa de felicidade embutida nos outros fármacos.

Voltando ao sujeito contemporâneo, vemos que este convive com um sentimento nostálgico, das reminiscências de tempos de tradições ordenadas, porém com um olhar para as perspectivas do futuro, em seu projeto para o sucesso.

Apoiados em Freud, quando em “O mal-estar da civilização” aponta a ilusão da felicidade como uma forma de satisfação plena, podemos compreender que essa ideia de satisfação desejada pela manipulação estética do corpo, marca da contemporaneidade, é também uma grande ilusão. Parece não caber mais o sofrimento – como se pudéssemos nos desfazer dele – mas na ilusão cabe isso – o sujeito contemporâneo regride diante de sua realidade.

Zigmund Bauman (2001), com seu conceito de Modernidade Líquida, aponta pela fluidez da relação do sujeito com seu objeto. Quando tomamos o corpo como esse objeto, ocorre um processo de intensa e constante transformação das formas e desenhos corporais, conduzidos pelos ditames da cultura.

Fato é que o corpo é, desde o início do desenvolvimento psíquico, objeto de prazer. Porém, essa experiência contemporânea parece muito mais limitar o sujeito do contato consigo mesmo, na sua experiência com o corpo, e sua consequente satisfação.

Não é à toa que colidimos nesse ponto com uma importante experiência no desenvolvimento psíquico, o narcisismo.

Como um viés de nosso trabalho entendemos que a vivência do sofrimento expresso na pele equivale-se ao sofrimento narcísico, onde o sujeito se vê ferido por um órgão (pele) que o denuncia como sendo alguém que está distante (da ilusão) de um sujeito ideal.

A subjetividade, constituída dentro de um processo histórico, que por vezes vive as reminiscências de um passado próximo ou, por vezes, longínquo, tem hoje na vivência da doença dermatológica as marcas históricas destinadas à lepra. A lepra trouxe um importante significado para o desenvolvimento da história do estigma na representação da dermatopatologia (Garcia, 2001).

Nessas condições, o paciente, por sua vez, está fadado a uma grande frustração, que o remeterá ao convívio com um significativo núcleo de angústia.

Podemos pensar então que, para a realidade do paciente, ainda temos muito a fazer na tentativa de lidar com as sequelas físicas e psíquicas das dermatoses, bem como identificar recursos para que esses pacientes possam encontrar formas menos sofríveis de conviver no atual contexto.

Se quisermos nos inscrever em sociedade, enquanto discurso científico, devemos observar as mudanças que ocorrem com o homem na contemporaneidade.

O sujeito contemporâneo parecer desejar transcender o sujeito da modernidade, talvez ainda sem dar conta dos riscos que apresentam essa nova aventura humana, que poderá incorrer talvez num possível ostracismo, que encarcera o homem em si mesmo, com seus próprios desejos.

Nossa investigação busca compreender alguns aspectos específicos do sujeito contemporâneo respeitante à sua relação com a doença, mergulhado numa dinâmica conflituosa que, se por um lado teve seu desenvolvimento constituído nas relações com o objeto, nos processos primários de introjeção e projeção, identificando-se ora com o eu ideal, ora com os Ideais do eu, por outro, em resposta a esses modelos, assume uma postura individualista e egocêntrica, com a expectativa de responder ao modelo do sujeito ideal, levando a um significativo sentimento de solidão e sensação de desamparo. É um sujeito solitário e esvaziado que busca responder às expectativas do coletivo refletido no espelho da cultura.

De forma mais específica, nosso propósito com este trabalho é o de investigar as implicações contemporâneas na constituição da subjetividade diante do processo de adoecimento dermatológico.

Como vimos, a realidade contemporânea cria uma condição característica de sobrevivência do sujeito. A corpolatria e o culto à imagem como uma referência do ideal parece limitar o sujeito doente de uma inserção sócio-cultural mais participativa.

Diante do novo contexto da contemporaneidade, torna-se fundamental a compreensão do narcisismo e suas diversas implicações, fato que, a nosso ver, justificaria a nossa proposta de investigação.

A rotina de atendimentos clínicos numa instituição de saúde pública nos coloca numa posição privilegiada de investigador da cultura e suas vicissitudes, permitindo perceber a necessidade de refletir sobre a singularidade do sujeito vinculado ao seu contexto sócio-cultural representado nos seus relatos, em suas manifestações comportamentais, ou até mesmo na expressão de seu sofrimento pela via do adoecimento.

Como sugere Lazzarini (2006), a manifestação do sofrimento psíquico na atualidade implica necessidade de um retorno a Freud e na exploração de suas premissas e contribuições para a elucidação do contexto da constituição da subjetividade na contemporaneidade. Sua postura de investigador é, sem dúvida, um atributo fundamental a ser refletido por quem pretende compreender este contexto, especialmente no que tange as suas explicações sobre o desejo, aos afetos, as fantasias, e às identificações. Para a autora, “o tema do narcisismo, introduzido por Freud, inseriu a problemática do eu na teoria e na clínica, marcando um momento singular da estruturação psíquica; demonstra a importância do objeto na constituição do psiquismo e, por consequência, nas características da patologia e no percurso do processo analítico” (p. 23).

É momento, como afirma Birmam (2005), de buscar na Psicanálise a compreensão das novas formas de subjetivação diante do mal-estar na atualidade. Aponta a urgência de repensarmos nossa leitura sobre a subjetividade.

Este trabalho tem também esse propósito, com uma possível contribuição para a compreensão da subjetividade diante de condições de desfavorecimento explícito do sujeito inscrito na contemporaneidade quando se propõe a investigar sua relação com o adoecimento.

O SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE

2 O SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE

"Somos nossa memória, somos esse quimérico museu de formas inconstantes, esse montão de espelhos rompidos."

"Estou só e não há ninguém no espelho."
JORGE LUIS BORGES

A discussão da subjetividade, tal qual concebemos, requer um breve resgate histórico da constituição do sujeito desde a modernidade até os dias de hoje. Um cenário de profundas transformações criou um panorama único na história da humanidade, mostrando uma abrupta mudança da posição do sujeito coletivo para o sujeito individualista.

Boaventura de Souza Santos (1997) discute sobre a transição do moderno para o que muitos autores chamam de pós-moderno. Para ele, a modernidade inicia antes e termina depois do período da supremacia do capitalismo. O processo histórico de superação passou a ocorrer à medida que a modernidade cumpriu algumas de suas promessas, e outras as cumpriu em excesso. Os excessos e ausências do cumprimento das promessas da modernidade resultam no sentimento de um grande vazio diante de sua extinção, fato comum nas grandes transições históricas se não fosse pela ausência de clareza estrutural da nova realidade. Por essa falta de clareza, o autor critica a utilização do nome de pós-modernidade.

Parece não existir um marco, uma ruptura que caracterize a passagem da modernidade para a pós-modernidade. Existe, talvez, uma transição gradativa, porém é notória a mudança na concepção de alguns valores morais e estéticos.

Em consonância com Santos, vamos optar aqui pela caracterização entre o que foi a modernidade e o que vem se caracterizando com o que chamamos de contemporaneidade.

Podemos pensar de forma mais explícita, nesse sentido, na transitoriedade, os novos paradigmas emergem de forma voraz e as velhas tradições persistem, não mais com a mesma força de antes. Esse caráter transitório é marca da ação humana.

A contemporaneidade não é um processo acabado, aliás, mostra muito mais características de início de uma nova era, e em transição, do que de um momento consolidado. O choque de valores e modelos identitários, embora com um impacto atenuado, cria o movimento dessa transitoriedade.

A noção de sujeito, como temos hoje, seja de caráter conceitual ou constitucional, é produto da modernidade. No entanto, o caráter estanque e pré-determinado do sujeito moderno sofre uma tentativa de reversão e busca de maior liberdade criativa na contemporaneidade. Este fato nos leva à emergente necessidade de pensar o quanto o sujeito é afetado pelo mundo numa mutação sócio-cultural tão abrupta.

A rapidez é característica das mudanças na contemporaneidade, e parece derivar das dificuldades de se manter fiel a qualquer identidade por muito tempo, de manter uma conduta ou ideário que seja uma referência permanente para o sujeito, o que leva esse a não se agregar a nenhuma posição de forma definitiva, tornando possível a manifestação de múltiplas identidades. Isso passa a permitir a criação de novos movimentos para a sociedade.

Porém, não parece existir com isso uma revolução sequer parecida com os movimentos políticos e éticos da sociedade moderna. Como pensa Santos (1997), existe uma grande apatia diante do imaginário revolucionário que conhecemos na modernidade.

É notório o papel da mídia na construção de modelos referenciais na constituição da subjetividade, as proposições da nova caracterização estética do sujeito, construindo e desconstruindo modelos de sustentação efêmera do ideal de eu. Neste caso, a mídia ocupa o papel de mediadora comunicativa da cultura que propõe um superinvestimento no eu, impelindo o sujeito a voltar-se para si mesmo, com a valorização da intimidade e do individualismo proposta pela sociedade de consumo.

A própria mídia se ocupa do papel de enunciar o que Debord (1997) chamou de sociedade do espetáculo que, quando incita o sujeito à valorização do eu, o faz com o indicativo de exibição de seu universo íntimo e individual. A exposição do privativo torna-se objeto de consumo.

Este panorama traz uma roupagem diferente para a sensação de aceitação do sujeito por parte do outro. As determinações introjetadas na cultura de um ideal de eu valoriza, sobremaneira, o sentimento de bem-estar associado à perfeição estética exposta em sociedade. O sujeito é capturado pela ideia de que só será aceito pelo outro quando corresponder ao modelo. A sociedade do espetáculo impõe um permanente cuidado com o corpo e a estética. Como diz Lazzarini (2006, p. 38-9) “o consumo se apresenta como uma solução ao indivíduo, pela promessa de proporcionar charme, beleza, popularidade e bem estar através do consumo ‘certo’ de bens e serviços.”

Desde o início dos estudos científicos da Sociologia, da Antropologia, e, em especial nesta discussão da Psicanálise, que diversas investigações apontaram para a relação direta entre o indivíduo e a cultura que o influencia. Quando Freud iniciou a investigação psicanalítica, seu olhar para a influência cultural e a relação com a fantasia, de certa forma já estava exposta em *Os estudos sobre a histeria*.

Como disse também em *O mal-estar*, a civilização é que torna o sujeito humano. A realidade atual, influenciada profundamente pelas rápidas transformações, rupturas e manifestações contundentes do século passado, faz emergir um novo tipo de indivíduo que manifesta o narcisismo como um fenômeno cultural a ser privilegiado.

A cultura contemporânea traz uma nova caracterização do sujeito tornando-o individualista e hedonista. A imagem passa a ter um grande valor na cultura do espetáculo (DEBORD, 1997).

Diante dessa manifestação. Silva Jr. (2003) aponta para a importância de compreender a primazia da imagem na cultura e na vida cotidiana. Fundamentado na obra de Freud, resgata que a humanidade já passou por diversos contextos que marcaram diferentes destinos à pulsão. Para ele, o atual contexto apresenta uma nova desfusão pulsional resultante numa forma de sublimação. A imagem passa a ser o instrumento de transmissão do ideal. Um instrumento, sem dúvida, perverso,

que tem uma grande capacidade de criar modelos irreais, mas que influenciam a identificação do sujeito de forma contundente.

Nesta realidade, sob a influência do espetáculo representado no universo da imagem, o corpo ganha papel de destaque, como condição de objeto, submetido aos mandatos do ideal de eu, tornando-se sobrevalorizado, exigindo um grande investimento do sujeito no sentido de responder às expectativas criadas pela cultura.

Sintomas de estresse, sentimentos de confusão e culpa surgem diante da incapacidade de dar conta de uma demanda excessiva de cuidados com o corpo. Fato este que implica risco do sujeito tomar as novas atribuições do corpo como ideal de eu.

As relações afetivas também se encontram com certo comprometimento, mostram-se superficiais e passageiras, estabelecidas por um vínculo fragilizado, expõe o sujeito a sentimento de desamparo e angústia, com uma grande dificuldade de constituir de forma segura objetos consistentes.

Para Birman (2005), a modernidade teve como marca a interiorização e reflexão sobre si mesmo; já a contemporaneidade mostra a ausência de um princípio unificador e a exacerbação da individualidade, bem como a exteriorização para o espetáculo, implicado ao exibicionismo e autocentramento do sujeito e, por sua vez, num significativo esvaziamento do intersubjetivo.

A sociedade do espetáculo provoca para ele a falência da intersubjetividade como a concebemos na modernidade, em contrapartida do si mesmo. A supervalorização da estética do eu conduziu o sujeito ao uso abusivo do corpo como referência da satisfação egóica fundamentada na hegemonia valorativa da aparência.

Como diz Bauman (1999), o sujeito moderno era valorizado pelo “ter”, como produto de uma ideologia capitalista burguesa; já o sujeito contemporâneo é valorizado pelo que “parece” ser. A condição figurativa do sujeito é o seu cartão de entrada, ou de saída, na realidade contemporânea.

Todo espetáculo requer um espectador, mas no que se configura à aparência e à satisfação Birman (2005) diz que a sociedade do espetáculo está caracterizada pela mediocridade simbólica e pela pobreza erótica.

Podemos considerar o indivíduo contemporâneo como um sujeito que sofre profundas transformações desde as tradições burguesas até uma atual condição individualista e egocêntrica.

Lasch (1985), ao analisar a produção narcísica na cultura norte-americana, observou que o século XIX ficou marcado por padrões anais de comportamento. Já no século XX, vemos uma cultura de massa, que estimula o narcisismo, submetendo o sujeito a padrões orais, ou seja, mais primitivo, como quando depende do seio materno por desejar o objeto do outro. Podemos então vislumbrar formas contemporâneas de “substituição” da neurose pela personalidade narcísica.

Podemos entender então que se a cultura produz um espectro do ideal por meio do narcisismo com a ideia de que a felicidade pode ser obtida através das experiências da corporeidade, delineados pelos padrões estéticos de beleza, teremos por sua vez uma nova forma de mal-estar quando criam novas referências de felicidade.

O homem contemporâneo se descartou de um modelo reprimido e puritano para um sujeito mais liberado, permissivo e tolerante. Isso não quer dizer maior aceitação do outro, e sim uma grande indiferença. É um sujeito desejoso de satisfações imediatas, o que inclui o alívio rápido do sofrimento (LASCH, 1985).

O fato de tentar romper como um rigoroso modelo repressor não tornou o sujeito contemporâneo mais feliz ou tranquilo. Se, por um lado, abdicou da culpa religiosa e repressora, o sujeito se perdeu num círculo vicioso de angústia e desamparo na valorização do corpo “saudável”, respondendo aos modelos determinados pela cultura narcísica do consumo.

Neste sentido, é importante ressaltar a observação de Lasch (1985) da ocorrência de um grande comprometimento do narcisismo, pois o sujeito não olha para si com admiração, mas busca ver no outro sua decadência, sua angústia e imperfeição. Isso nos parece ser produto de uma diversificação de modelos da estética subjetiva e corporal, cuja necessidade de identificação com o ideal de eu sobrepõe o reflexo do real.

O espelho de Narciso, neste contexto, é marcado por distorções culturais que produzem uma insatisfação diante das expectativas na obtenção do prazer com

o objeto. O desejo parece ser maior de aliviar a insatisfação do que mesmo de obter satisfação.

Se considerarmos que o ideal de eu responde muito mais ao plano de aspirações da civilização, vemos que o sujeito é capturado pelo desejo de alcançar a felicidade de forma intensa e imediata. Por isso, se angustia profundamente e, num círculo vicioso, procura sanar seus sintomas com um novo desejo que, como vemos, tende a não ser realizado pela constatação de que não atingiu seu ideal de eu. Como disse Bauman (1999), o sujeito contemporâneo parece desejar mais a experiência do desejo do que a experiência com o próprio objeto. A realidade repressiva analisada por Freud cedeu espaço para outra realidade virtualizada numa grande promessa de satisfação imediata, porém fugaz.

Esta condição constitui um caráter solitário gerador no sujeito de uma grande necessidade de ser admirado, mas que pouco se entrega à intimidade e, por sua vez, lança mão de uma estratégia defensiva e adaptativa às ameaças do mundo externo.

Acreditamos que Freud já apresentava uma determinada compreensão dos avanços da humanidade que resulta hoje na contemporaneidade, quando expõe em *O mal-estar na civilização* (1930) a visão de uma busca intensa pela felicidade vinculada à ideia de perfeição, ou seja, o eu ideal, no qual podemos estabelecer uma importante relação com o desenvolvimento de sua teoria apontada na análise sobre o desenvolvimento humano apresentado em *Sobre o narcisismo* (1914) onde que descreve as formas de introjeção da cultura no desenvolvimento do eu ideal e do ideal de eu.³

Em *O mal-estar na civilização*, Freud aponta a repressão dos instintos como formadora dos sintomas e sentimentos agressivos, especialmente no caso da neurose. Diante do cenário atual Roudinesco (2000) vê um sentido diferenciado na destinação da pulsão, destaca o contemporâneo como marcado pelo que chamou do excessivo pulsional. Esse é caracterizado pelos processos de cisão de períodos mais primitivos do desenvolvimento, como o narcisismo.

A autora aponta a depressão como uma epidemia psíquica da sociedade pós-moderna quando comparada com a histeria no final do sec. XIX e início do sec.

³ Veremos uma discussão a esse respeito no próximo capítulo.

XX. Embora a depressão seja, sem dúvida, a manifestação patológica mais significativa no que tange à subjetividade contemporânea, vemos também a emergência de tantas outras manifestações do sofrimento humano, como as toxicomanias, a anorexia, bulimia e o estresse. Afirma ainda que a falta de uma perspectiva de mudança leva ao abuso de drogas, religião, higiene e culto ao corpo perfeito (ROUDINESCO, 2000).

Birman afirma que "existe um processo de produção social das toxicomanias, pelas vias da medicalização psiquiátrica e do mercado de drogas pesadas, que encontram suas condições de possibilidade na ética da sociedade do espetáculo e do narcisismo" (p. 192). Existe para ele um vazio existencial que produz as novas formas de mal-estar na civilização.

Lazzarini (2006) também chama a atenção para a condição exacerbada do sintoma contemporâneo e gerador de mal-estar e sofrimento psíquico, como no caso de diversos quadros patológicos que impõem a prevalência da imagem sobre a percepção.

O sujeito identifica-se com o ideal perdido, e passa a aumentar o investimento e consequente referencial no próprio eu. Neste sentido, Lazzarini (2006) aponta duas possíveis consequências: por um lado, a exacerbação dos imperativos do culto ao corpo e a manutenção da juventude eterna, bem como uma exposição acentuada da intimidade; por outro, a ausência do encontro e das ligações, ou seja, da presença definida do objeto. O sujeito hoje parece padecer da dificuldade em inscrever o campo da alteridade, com uma significativa dificuldade da catexia objetal, fato que agrava no sujeito o sentimento originário de desamparo e, por consequente a dificuldade de lidar com perigos internos e externos ao próprio eu.

Isto fica caracterizado na experiência atual das manifestações do narcisismo sobrepondo ao recalque, quando comparado com o sujeito de Freud. A cultura incentiva experimentar o limite do excessivo pulsional.

As exigências atuais da corporeidade exigem do sujeito um difícil controle, pois, se por um lado, insiste em se manifestar na busca da satisfação narcísica, por outro nessa mesma condição delimita o sujeito às experiências demarcadas em si mesmo, colocando o sujeito no limite do desamparo.

Diversas patologias contemporâneas vinculadas à imagem corporal, como a anorexia e a bulimia, são provocadas pelo próprio sujeito por transformações manipulatórias da auto-imagem, fato diferente de quando o sofrimento é oriundo de uma experiência de adoecer proveniente de um processo cuja influência orgânica tem uma importante participação, como é o caso de diversas dermatoses.

Evidencia-se o fato de que o sujeito que sofre com as alterações da imagem corporal provenientes de um problema dermatológico também responde a uma expectativa de busca de felicidade pela experiência corpórea e, por sua vez, se frustra quando seu corpo não corresponde a uma imagem esperada, que foi introjetada pelo próprio sujeito em suas relações com a cultura.

Os padrões determinados por uma normativa estética não são um produto da contemporaneidade, mas certamente uma característica da humanidade desde seus primórdios. Porém, esses padrões sofreram mudanças ao longo da história, respondendo às diversas expectativas do Homem. Contudo o sofrimento do sujeito diante das perspectivas atuais de beleza e de feiúra é próprio da realidade contemporânea. Para Feitosa (2004), tais padrões fazem refletir o prazer e a repulsa que não pode ser dito de modo explícito. Diz o autor que:

“É preciso desconfiar de nossa necessidade de beleza e de nossa aversão à feiúra. Será que o prazer do belo não reflete um instinto de segurança, de estabilidade, de ordem? Será que nossa repulsa ao feio não é um sintoma de nosso medo da morte, nossa incapacidade de lidar com o efêmero, nossa dificuldade em aceitar a finitude da existência?” (p. 37)

No nosso trabalho cotidiano com diversos pacientes que convivem com a manifestação de dermatoses, podemos observar essa situação, pois o sujeito neste caso impõe para si restrições na satisfação por estar doente, pois não responde às expectativas do ideal estético. Não só o investimento no outro fica limitado, mas também em si mesmo. Ao corpo, pouco resta nesse caso além do sofrimento segundo a compreensão de vários pacientes.

Essa não é uma condição exclusiva do paciente com dermatoses, parece ser uma característica do sujeito contemporâneo, em que o corpo é tomado muito mais como uma característica fonte de sofrimento e insatisfação, além de expressão da dor, do que de um campo de satisfação pulsional.

Existe uma expectativa criada diante do modelo da corporeidade orientado por um padrão que relaciona estética à saúde. A relação de que o corpo ideal é aquele saudável e modelado pelas academias atribui um papel crucial de apresentar o sujeito pela sua aparência. Quando, no seu contraponto, a doença se manifesta na transformação do corpo, denota o prejuízo vivido pelo sujeito na sua representatividade social. São criadas algumas necessidades que lançam luz sobre as condições narcísicas do sujeito, especialmente no que tange à identificação com o eu ideal, em que esse sente um grande desejo de brilhar, de ser admirado e valorizado esteticamente, mas, por sua vez, se depara com uma equivalente frustração diante de algumas experiências que lhe são indesejáveis, como as distorções da imagem corporal, a aversão ao erro, intolerância à dor e à angústia. Incluiríamos aqui a experiência do adoecimento.

Quando falamos do sofrimento provindo do adoecimento, temos claro que esse se dá por diversas vias, desde as manifestações produzidas no corpo materializado, como a dor (em sua concepção fisiológica), as limitações corporais das deficiências e acidentes, o uso de medicamentos, até as manifestações subjetivas. Entendemos, assim, que a subjetividade está amplamente interligada à experiência corporal.

Vemos que ocorre hoje, para muitos, um intenso investimento no corpo, no sentido de tentar mostrar uma perfeição que não pode ser alcançada. Surge, com isso, a necessidade do olhar do outro como uma forma de espelhamento para a sobrevivência do eu, numa posição bastante primitiva do sujeito cuja vida dependia dos cuidados maternos na primeira infância. Ocorre um mal-estar difuso, um sentido de vazio, um grande risco para o sujeito existir através do outro, ou seja, o risco do desamparo.

A doença pode representar uma grande e valorizada falha nesta realidade. Ao trazer um sofrimento além dos próprios sintomas, ela evidencia as limitações e imperfeições do corpo. Neste ambiente, uma condição de vida “saudável” passou a ser também mais um produto de consumo.

O adoecimento é uma experiência singular que coloca o sujeito na relação com sua finitude, o faz deparar-se com a frustração de seus ideais de perfeição e felicidade, faz aflorar, muitas vezes, um grande sentimento de

insegurança diante da vida, e pode ser, muitas vezes, compreendida como uma grande ferida narcísica.

**UMA COMPREENSÃO DO CONCEITO
DE NARCISISMO EM FREUD**

3 UMA COMPREENSÃO DO CONCEITO DE NARCISISMO EM FREUD

Perdi-me dentro de mim
 Porque eu era labirinto,
 E hoje, quando me sinto,
 É com saudades de mim.
 (...)

 Para mim é sempre ontem,
 Não tenho amanhã nem hoje:
 O tempo que aos outros foge
 Cai sobre mim feito ontem.
 (...)

 Regresso dentro de mim
 Mas nada me fala, nada!
 Tenho a alma amortalhada,
 Sequinha, dentro de mim.
 (...)

 MÁRIO DE SÁ CARNEIRO⁴

Para uma compreensão inicial sobre o narcisismo, podemos nos reportar ao mito de Narciso, cujo personagem se apaixona pela própria imagem refletida no lago. Tomando essa história como referência, Freud lança mão de seu conteúdo para explicar uma fase inicial de desenvolvimento do eu. O narcisismo, na Psicanálise, passa a designar o investimento libidinal dirigido à imagem que o sujeito tem de si.

Freud não foi o primeiro a utilizar a ideia presente no mito de Narciso para explicar fenômenos humanos. Ellis, em 1898, relacionava a representação de Narciso ao se referir à maneira como as mulheres vitorianas se sentiam seduzidas por suas imagens no espelho. Paul Näcke foi quem utilizou o termo narcisismo pela primeira vez na Psiquiatria em 1899, para se referir ao estado de amor por si mesmo, categoria associada à perversão (ARAÚJO, 2002).

Embora o tema sobre o narcisismo seja visto ainda pela Psicanálise como um conceito problemático a ser abordado, haja vista a própria postura de Freud que

⁴ Fragmentos retirados do poema *Dispersão* de Mário de Sá Carneiro, poeta português, escrito em Paris, 1913, e publicado em Lisboa em 1914. Chama atenção o tema apresentado pelo poeta sobre a interioridade do sujeito voltada em sua própria direção e a coincidência com ano de publicação em que Freud publicava *Sobre o narcisismo*.

deixa de utilizá-lo a partir da segunda tópica como o tema principal do enfoque do sujeito diante do que chamou de ideal do eu em detrimento de compreendê-lo inicialmente como parte integrante do superego (CHASSEGUET-SMIRGEL, 1992).

A polêmica criada sobre o papel do eu na teoria psicanalítica parece ter criado um desconforto em Freud a ponto de reformular sua compreensão sobre os objetivos egóicos e a finalidade da libido, alicerçando com isso a emergência da metapsicologia.

No entanto, o emprego do termo no nosso trabalho parte da consideração original sobre o narcisismo utilizado por Freud em 1914. Se ele propôs ampliar a dimensão de observar o sujeito, não exclui com isso a particularidade conceitual do narcisismo.

Freud apresentou a discussão sobre o narcisismo em diversos trabalhos, aparecendo numa primeira publicação em *Três ensaios sobre a sexualidade* de 1905, citando um comentário numa nota de rodapé. Posteriormente, o assunto é retomado no artigo *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância* (1910), no *Caso Schreber* (1911) *Totem e Tabu*, em 1913. Mas sua discussão mais significativa sobre o tema ocorre em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), em que o conceito é introduzido no conjunto da teoria psicanalítica, nas explicações sobre os investimentos libidinais, quando sustenta a ideia de que estes advêm da energia psíquica ligada a uma representação, a uma parte do corpo, a um objeto.

No texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, de 1914, Freud procura tratar teoricamente alguns conceitos desenvolvidos por ele em trabalhos anteriores que retratou o narcisismo.⁵ Trata-se de um texto complexo e, em alguns pontos, contraditório, que chega a propor algumas relações do funcionamento narcísico com a psicose, o homossexualismo e a perversão. Posicionamento até concluir mais adiante que o narcisismo se encontra em todas as pessoas.

Nesse trabalho, Freud faz uma análise inicial do narcisismo a partir do funcionamento da esquizofrenia,⁶ enfatizando nesta análise a perda da realidade e a perda do contato com o objeto (libido), pois o sujeito se perde em si mesmo.

⁵ Cita-se “*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*” (1905), “*Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância*” (1910), e O “*Caso Schreber*” (1911).

⁶ É importante lembrar que o termo proposto por Freud para designar a esquizofrenia era *Parafrenia*, porém este não teve a repercussão esperada por ele.

Posteriormente, propõe que o narcisismo não seja uma experiência exclusiva da esquizofrenia, em que a libido é desinvestida do objeto voltando-se para o eu, sendo, portanto, o sujeito de seu próprio amor, resultando no auto-erotismo.

Sua proposta foi a de avançar no estudo iniciado em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* onde tangencia a constituição do eu nos escritos sobre o auto-erotismo, fase anterior ao narcisismo, quando ocorre um funcionamento libidinal sem eu.

Freud (1914) considerou que o narcisismo pode ser compreendido como um movimento próprio e regular do desenvolvimento humano. É um componente libidinal do egoísmo, do instinto de autopreservação.

A compreensão dada por Freud a respeito do narcisismo diante do conceito de pulsão revê uma leitura utilizada até então de que existiam dois tipos distintos de pulsão: a pulsão sexual e a pulsão do eu. Garcia-Roza diz que “o que o conceito de narcisismo tornou claro foi o fato de que as pulsões sexuais podiam retirar a libido investida nos objetos e fazê-la voltar sobre o próprio eu, constituindo-se em libido narcísica” (1995, p. 28).

Ou seja, a noção de narcisismo propõe o estabelecimento de uma relação dinâmica de um único processo pulsional, que mantém sua característica sexual, porém não distinta da relação com eu, diante da possibilidade de um reinvestimento na direção da libido, seja ela do objeto para o eu, cujo desenvolvimento também ocorre via relação objetal.

É resultante de um afastamento da libido do mundo externo que é redirecionada para o eu. Passa a existir uma permanência de investimento libidinal do eu, resultando no que poderíamos chamar de uma definição estrutural do narcisismo. Freud não compreende esse fenômeno como uma fase evolutiva. Evidencia-se, portanto, a possibilidade de que a libido tem de investir o eu desinvestindo o objeto (LAPLANCHE E PONTALIS, 2004).

Ainda em 1914, Freud introduz outro conceito que está diretamente relacionada ao entendimento do narcisismo. Os termos *eu ideal* e *ideal de eu* são utilizados para designar o que corresponderia a uma representação que o sujeito guarda de si mesmo a partir da experiência narcísica na infância, “trata-se de uma representação complexa ou mesmo de um complexo de representações cuja fonte

última são as imagens provenientes das impressões externas” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 52).

O *eu ideal* é como se fosse a referência que guardamos de nossa infância, do momento de predomínio do narcisismo. Ele é arqueológico, diz respeito a tudo o que podemos vir a ser, corresponde ao eu ainda desorganizado, fusionado ao Id.

Com a intervenção do supereu, a possibilidade vira cobrança, e passa a existir uma nova forma de investimento no ideal do eu. Para Freud, essa cobrança altera a relação do eu com o Id.

O *ideal de eu* corresponderia a uma reformulação do eu ideal, de uma reorganização no adulto daquele modelo narcísico da infância. Assim, então, “o que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era seu próprio ideal” (FREUD, 1914, p. 2028).

Importante ressaltar que na estrutura do narcisismo se encontra um eu ideal, cujas identificações primitivas se fundem com as identificações mais tardias. Como diz Chasseguet-Smirgel (1992, p. 142),

“... identificações precoces com as qualidades invejadas e admiradas dos pais tem por alvo reparar uma ferida narcísica. Trata-se de desejar ser como o pai idealizado (e não forçosamente de transformar-se nele). Essas aspirações devem ser descritas como Ideais do Ego.”

Sob a influência do supereu, Narciso sofre muito porque ele não é o que queria ser, e, no entanto, seu supereu exige que seja numa imperativa pressão que o governa e alimenta o desejo. Não consegue por fim ao luto pelo fascinante *infans* – representação tirânica do menino-rei: o eu. Assim, o ideal do eu caracteriza-se pelo que deseja ser, já o supereu pelo que deveria ser. Para Leclair (1977, p.11), “quem não cumpre, e refaz continuamente, este luto da criança maravilhosa que poderia ter sido, permanece no limbo e na claridade leitosa de uma espera sem sombra e sem esperança”.

Nesse ponto de vista podemos entender o alto custo imposto ao eu no sentido de investir nas aspirações da cultura em detrimento de suas referências

primárias. O grande conflito entre o desejo e a morte da representação narcísica primária.

Garcia-Roza (1995) aponta que, embora não com caráter exclusivo, os estudos sobre o narcisismo trouxeram uma noção diferente ao conceito de libido na obra freudiana.

Cabe lembrar alguns aspectos da libido concebidos como invariáveis para Freud. A libido é referida apenas como pulsão sexual; apresenta características qualitativas, embora haja um predomínio de sua característica quantitativa na dinâmica psíquica, e existe uma concepção dualista que diferencia a pulsão sexual da pulsão de autoconservação ou pulsão do eu.

Como era dito, no texto *Sobre o narcisismo*, ocorre uma primeira variação do conceito de libido, em que é entendida uma dupla possibilidade de direção da libido. As pulsões sexuais poderiam retirar a libido do objeto e reinvesti-la no próprio eu, constituído no que Freud chamou de *libido narcísica*.

O conceito de libido assume a visão dualista de Freud, já apontada, porém não clarificada no texto de 1914. Esta foi retomada em *Além do princípio do prazer* (1920) com a introdução do conceito de pulsão de morte, em que redefine a pulsão sexual e a pulsão de autoconservação denominando-as de *pulsão de vida*, cuja energia é a libido e a sua contraposição a *pulsão de morte*, como sendo a energia da destrutividade (GARCIA-ROZA, 1995).

Esse dualismo pulsional, simbolicamente, na linguagem mítica, revela uma coincidência entre Eros e Thánatos, entre nascimento e morte. É como se, no próprio nascimento, houvesse um sinal de morte. Nasceu, vai morrer. E quando se trata de narcisismo, há sempre mais morte do que vida. “Narciso morre sozinho diante do espelho”, é a solidão narcísica que observamos no sujeito contemporâneo.

A exigência dualística, no pensamento freudiano, traduz-se na noção de pares opostos e, de forma imperiosa, quando se trata das pulsões, visto que estas fornecem as forças que em última análise se enfrentam no conflito psíquico (LAPLANCHE E PONTALIS, 2004).

Seguindo o movimento pendular do pensamento freudiano e sua construção teórica, a leitura do conceito de pulsão de morte, como elemento da

experiência clínica, afirma com propriedade a ideia de dualidade pulsional como fonte de nosso psiquismo (FERRARI, 2004).

A respeito do investimento da libido, no bebê, Freud diz que suas primeiras satisfações não são provenientes da libido objetual, mas do auto-erotismo, da relação com as funções vitais (autopreservação). Somente depois é que há um investimento libidinal no objeto, que viria a caracterizar um primeiro movimento de energia direcionada para fora, para o outro.

Ocorre em algumas perturbações que a escolha amorosa (libido de objeto) não é compatível com o modelo primário (ex. a mãe), mas o próprio eu.

O auto-erotismo⁷ constitui-se numa fase anterior ao narcisismo. Ocorre quando o bebê consegue obter satisfação sexual consigo mesmo, sem ainda depender do objeto externo. No narcisismo, embora a libido seja redirecionada do objeto para o eu, existe ainda a referência do objeto presente. O estágio do auto-erotismo é fundamental na constituição do eu, é na obtenção das primeiras satisfações corporais que o sujeito cria uma base da consciência de eu.

Assim, temos uma diferença fundamental para a compreensão do desenvolvimento psíquico em que o auto-erotismo se distingue do narcisismo, em especial do narcisismo primário. No auto-erotismo, não existe uma representação do corpo como uma unidade, falta o eu, a representação complexa que o sujeito faz de si mesmo.

Foi a partir dessa observação que Freud atribuiu uma nova importância ao narcisismo no texto de 1914, no qual até então estava associado à perversão. A partir de então, passa a ser concebido como uma fase necessária na constituição da subjetividade. Garcia-Roza (1995, p. 42) diz que “o narcisismo é condição de formação do eu, chegando mesmo a se confundir com o próprio eu”. Porém a imagem constituída pelo eu é, necessariamente, adquirida a partir do modelo do outro (constituição típica do eu).

⁷ O auto-erotismo ganhou ênfase compreensiva no segundo texto (A sexualidade infantil) de *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905).

“O narcisismo seria a captação amorosa do sujeito por essa imagem. J. Lacan relacionou este primeiro momento da formação do ego⁸ com a experiência narcísica fundamental que designa pelo nome de fase do espelho” (Laplanche e Pontalis, 2004, p. 288).

O eu se identifica com a imagem do outro, embora o narcisismo seja proveniente de um processo primário. Porém, está presente neste um vínculo intersubjetivo, em que ocorra a internalização de uma relação.

Com relação ao movimento narcísico de investimento ora no outro, ora em si mesmo, não podemos imaginar que esse ocorra de forma completa. Não ocorre um abandono do eu para o vínculo com o outro, mas sim uma predominância de investimento. Araújo (2002, []) diz que:

“O narcisismo em sua dimensão primitiva tem a ver com esse momento em que são instauradas no sujeito, através do olhar de terceiros, essas qualidades que o definem para os outros e para si mesmo. Isso tudo é o fundamental do narcisismo para cada um de nós.”

O investimento externo sobre o psiquismo da criança é que irá instaurar a tendência de esta investir sua libido em si mesma, que se constituirá num campo de ilusão, produzindo uma imagem narcísica, projetiva daqueles que foram seus primeiros modelos representacionais – os pais, imagem esta de perfeição, como reflexo de sua satisfação. Nesse sentido, Araújo (2002, []) complementa dizendo que “o pequeno sujeito vai passar não só a ser alimentado por uma imagem ao mesmo tempo integrada e de perfeição, mas também vai poder, a partir daí, definir-se, identificar-se, reconhecer-se”.

Foi essa imagem perfeita de si mesmo que Freud veio a chamar de *eu ideal*, que vem a ser cultivada e defendida como uma permanente necessidade de satisfação narcísica. Nesse sentido, o outro é tido como objeto ao passo que pode satisfazer as necessidades narcísicas do psiquismo.

Freud (1914) apresenta uma conceituação sobre o narcisismo em que toma como referência tanto seu aspecto econômico, com a *libido narcísica*, quanto

⁸ Considera-se aqui a utilização do termo “Ego” tal como o autor apresenta em seu texto, que terá para nós o mesmo sentido usado ao longo deste trabalho como “Eu”, próprio da tradução direta das Obras Completas de Freud em Espanhol. FREUD, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. Buenos Aires: El Ateneo, 2003.

como fundante do psiquismo, com a compreensão do *eu narcísico*. Com isso, atribui ao narcisismo os sentidos de: amor de si (investimento libidinal do eu); eu (que vincula e é capaz de atrair para si as pulsões auto-eróticas); e de escolha narcísica de objeto (o eu baseará suas escolhas orientadas por seu próprio modelo).

Existem para Freud dois momentos distintos do desenvolvimento narcísico: o *narcisismo primário*, presente nos primeiros momentos da infância, com uma manifestação posterior ao auto-erotismo, em que surgem as primeiras referências do eu; e o *narcisismo secundário*, resultante de um processo mais elaborado, de um investimento da libido em direção ao próprio eu.

O narcisismo primário é apresentado por Freud como um estado prioritariamente biológico, originário, caracterizado pela ausência de relação com o meio, e pela indiferenciação entre id e eu. É uma fase bastante primitiva, um “estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2004, p. 290).

O narcisismo secundário ocorre nas identificações da libido reinvestida do objeto para o eu. Cabe lembrar que o narcisismo secundário não designa apenas estados regressivos da libido, mas também uma estrutura permanente do sujeito.

Para Klein, não é possível falar em estado narcísico primário, por ser este anobjetal, pois, desde sua origem, o sujeito estabelece relações objetais (Ibid., p. 290).

Melanie Klein segue Freud ao ligar a formação do supereu à introjeção de objetos edipianos. Deste modo, podemos pensar que se o supereu intermedia a relação do eu ideal e ideal do eu, e estes, por sua vez, se relacionam ao conceito de narcisismo, quão significativas são as primeiras experiências parentais, em especial os afetos associados à cena primária. É um ponto importante, segundo a teoria de Klein, para fundamentar a ideia inicial de Freud sobre o narcisismo associado ao homossexualismo e às perversões.

Mannoni (1983), citado por Amaral (1997), sugere que o narcisismo primário se refere ao componente da libido que investe intrapsiquicamente o eu ontológico, e o narcisismo secundário se relaciona à libido objetual que, ao retornar ao eu, investe intensamente no eu ideal ou na imagem do mesmo.

Contando com a ideia de que o narcisismo é um processo fundamental para o desenvolvimento do eu, Amaral (1997) resgata os trabalhos de Lacan e de Anzieu; no primeiro, sobre o “estágio do espelho”; e no segundo, sobre a ideia do Eu-pele, e entende que essas duas noções são essenciais para enriquecer a compreensão freudiana a respeito da gênese do eu.

No “estágio do espelho”, a criança teria a reflexão da imagem de si mesma, cuja moldura é dada pelo outro, facilitando, assim, as elaborações do narcisismo primário e secundário.⁹

Na compreensão de Anzieu sobre o Eu-pele, este sugere que o eu não é somente uma superfície, mas também uma projeção de superfície, como sendo, metaforicamente, o eu, a pele do psiquismo, que sustenta toda a interioridade do psiquismo. A pele é entendida como um substrato da experiência corpórea na constituição do eu (eu-corpóreo).

Freud (1914) sugere que seria necessário ultrapassarmos, na vida mental, os limites do narcisismo e ligar os objetos, em que no narcisismo a catexia do eu pode exceder em energia concentrada, e podemos adoecer com isso se não destinarmos libido ao objeto, ou seja, se o sujeito não puder amar. O desequilíbrio exercido entre o direcionamento libidinal pode levar à enfermidade.

Ele reconhece a relação de similaridade entre a forma de se manifestar na doença orgânica e o funcionamento narcísico, pois, em ambos, ocorre um investimento libidinal em direção ao eu. “Diríamos, pois, que o enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio eu, e as põe para fora novamente quando curado” (FREUD, 1914, p. 2022).

Assinala, ainda, que a hipocondria também apresenta movimento similar ao narcisismo e à doença orgânica quanto ao investimento libidinal, embora a catexia possa apresentar-se mais concentrada no órgão que caracteriza seu mal.

Em *Sobre o narcisismo*, aponta outra forma de abordar o narcisismo, que se dá pela observação da vida erótica, na diferenciação entre homens e mulheres. Numa proposição polêmica, diz que, na escolha objetal, parece existir preferências diferentes entre os gêneros. Acredita que, para os homens, há um empobrecimento

⁹ Amaral (1997) diz sobre a compreensão de Lacan que “o narcisismo primário seria aquele estágio originário que remete a criança à sua imagem corporal, mas que no ser humano é acompanhado de um segundo narcisismo, cujo *pattern* fundamental é a relação com o outro” (p. 88).

de eu em direção ao objeto amoroso, enquanto que, na mulher, existe um maior investimento narcísico com maiores necessidades de serem amadas do que de amar.

Ele procura, ainda, sumarizar os caminhos que levam à escolha de um objeto. Propõe que uma pessoa pode amar em concordância com um *tipo anaclítico* (de ligação): com o modelo da mulher que o alimenta, ou o modelo do homem que o protege; ou com um *tipo narcísista*: o que a pessoa é, o que ela foi, o que ela gostaria de ser, ou alguém que foi parte dela mesma.

Diante de duas distintas maneiras de escolha de objeto, Freud sugere que, na primeira a criança tem como objeto sexual aqueles que cuidam dela, que a alimentam, que a protegem, e, na segunda, ela toma a si mesma como objeto de amor.

Ocorre, então, a partir dos movimentos provenientes do narcisismo primário, maneiras diferentes de o sujeito estabelecer vínculos objetais. Porém, é nos vínculos primários, com os pais, por exemplo, que se estabelece a consistência de uma representação objetal, servindo de um significativo modelo para a criança no estabelecimento de suas relações posteriores e das expectativas que levantará destas. Podemos observar, por parte dos pais, um investimento no bebê da expectativa de suas experiências narcísicas, renunciando ao prazer, às suas vontades tornando aquele objeto uma projeção de seus desejos, como disse Freud em *O mal-estar à "Sua majestade o bebê"*. O amor dos pais pelos filhos marca o renascimento de seus narcisismos num amor objetal.

Costa (1988) nos mostra alguns meandros do desenvolvimento do conceito de narcisismo em Freud, apontando os limites existentes naquele momento para a explicação do papel do eu na teoria psicanalítica diante dos destinos da pulsão. Ele descreve a característica de duas propostas freudianas na tentativa de explicar um imbróglio criado na concepção do eu, mas que gerou posições contraditórias entre tais propostas.¹⁰

¹⁰ Não é nosso propósito fazer a discussão sobre essas duas propostas de Freud, elas podem ser melhor explicadas no texto *Narcisismo em tempos sombrios*, de Jurandir Freire Costa (1988).

Interessa-nos, em particular, que o resultante disso foi o desenvolvimento de uma compreensão do eu que explicasse o eu-narcísico na sua relação com o ideal. Compartilhamos então com o autor o interesse pela compreensão de que:

“[...] o narcisismo e o Ego são contemporâneos e correlatos da totalização do sujeito numa unidade imaginária. [...] O importante nesta concepção da gênese e definição do Ego narcísico é que esta formação surge ao mesmo tempo que o ideal. Ambos são herdeiros do "narcisismo infantil" dos pais e ambos são encarregados de representar o sujeito diante de outros sujeitos ou, se quiser, de outros egos e outros ideais do Ego. A teoria do narcisismo é indissociável desta divisão do aparelho psíquico em instâncias ou sistemas diversos de representações, através dos quais aprendemos ou reconhecemos a existência do sujeito psíquico” (COSTA, 1988, []).

Essa nova compreensão do eu aponta no sentido de que o investimento libidinal pode tomar três direções diferenciadas, contando com estruturas e funções específicas. As direções do investimento no próprio Ego, nos objetos e nos Ideais. Como propõe (1988, []) “neste ponto, começam a surgir as características deste objeto libidinal particular que é o Ego”, fato esse que torna possível uma conduta metodológica de investigação sobre o narcisismo observado sob o ângulo da influência direta da cultura na determinação do eu.

O sujeito adulto procura reatualizar suas satisfações de investimento libidinal no ideal de eu, como se buscasse a satisfação da sensação vivenciada na infância, constituída, especialmente, na imagem que o outro tem dele. Não ocorre, portanto, uma superação do eu ideal, mas um redirecionamento da catexia. A respeito disso, Garcia-Roza (1995, p. 57) diz que:

“O eu é constituído também pelas enunciações, pelos juízos de valor, pelas declarações de preferência ou de rejeição. Uma particular forma que o eu toma é a do *eu ideal*, imagem do eu dotada de todas as perfeições, sobre o qual recai, como diz Freud, o amor de si mesmo de que na infância gozou o *eu real*. Há, portanto, um eu original, primitivo, forma primeira do eu ideal e do ideal do eu, constituído pela imagem refletida do que o indivíduo tem de seu próprio corpo, e um eu ideal que vem a ser a imagem idealizada do eu”.¹¹

¹¹ Grifos do autor.

O processo de idealização da imagem de eu ganha significativos contornos quando tomado na esfera cultural contemporânea, no campo da intersubjetividade.

No resgate dos trabalhos de Freud e de Adorno, Amaral (1997) aponta algumas novas considerações a respeito do conceito de narcisismo na contemporaneidade, em que vê uma ampliação da compreensão deste, partindo inicialmente, de uma versão clínica até uma consideração cultural e ideológica mais ampla.

Ela considera que essa mudança na compreensão do conceito se dá a partir do declínio da figura paterna individual até a substituição de um modelo padronizado de narcisismo difundido pelos meios de comunicação de massa.

Falar a respeito do narcisismo não é tarefa fácil. O próprio Freud apresentou o conceito sobre o narcisismo por diversos ângulos. Pelas variações na maneira pelo qual o apresentou em sua obra é possível entender sua dificuldade concreta acerca da definição da relação entre sujeito e objeto. Amaral (1997) aponta alguns sentidos que esse conceito toma na obra freudiana: um momento intermediário de constituição da vida erótica (transição do auto-erotismo à escolha do objeto); uma forma de estruturação permanente da personalidade; ou até mesmo um estado de regressão patológica.

Isso, provavelmente, ocorreu por conta de alguns impasses teóricos vividos por Freud entre delimitar o campo da Psicanálise diante de suas descobertas frente ao contexto científico de sua época e encontrar um modelo teórico para a Psicanálise.

A compreensão inicial sobre o narcisismo não satisfez o próprio Freud, como disse “O ‘narcisismo’ teve um parto difícil e traz todas as marcas de uma deformação correspondente”.¹² Ele atribuiu uma grande importância à sua definição, especialmente diante da compreensão do eu; porém, seu esforço não atingiu suas expectativas nos trabalhos iniciais, embora reconheça que o texto *Sobre o narcisismo* serviu como eixo condutor de trabalhos futuros.

¹² Citação recortada nas Notas da Tradução Inglesa do *Sobre o narcisismo: uma introdução*, publicada em 1925, em que Freud escreveu a Abraham.

É sob essa referência que nos orientamos ao longo de nosso trabalho. Compreendemos que a postura de Freud foi coerente com sua proposta de desenvolvimento da teoria psicanalítica, e com isso deixou o legado da investigação de uma série de achados para os que vieram depois contribuírem na discussão sobre o assunto.

**PELE: DO LIMITE CORPORAL À
CONSCIÊNCIA DO EU**

4 PELE: DO LIMITE CORPORAL À CONTINÊNCIA DO EU

“A pele é enganosa ... na vida, nós só temos nossa própria pele ... há um equívoco nas relações humanas pois jamais somos o que temos...eu tenho uma pele de anjo mas sou um chacal ... uma pele de crocodilo mas sou uma boneca de pelúcia, uma pele negra mas sou branco, uma pele de mulher mas sou um homem; eu nunca tenho a pele do que sou. Não existe exceção à regra pois nunca sou o que tenho...”.

EUGENIE LEMOINE-LUCCIONI¹³

A realidade contemporânea, como já foi dito, nos possibilita fazer uma leitura diferenciada da realidade, pois as mudanças ocorridas na sociedade e na cultura apresentam um novo cenário para sua compreensão.

As discussões sobre o conceito de narcisismo contribuem de modo significativo para a compreensão de fenômenos que emergem na atualidade de modo a implicar uma experiência diferenciada do sujeito. Nesse sentido, nossa proposta recai sobre a corporeidade e o processo de adoecimento numa relação mais específica com as dermatopatologias.

Seria necessário, num primeiro momento, explicar o motivo pelo qual nos referimos nesse capítulo à pele enquanto limite e continência.

Para a compreensão da pele enquanto limite, nos apoiaremos em Montagu (1988). O autor numa vasta análise do papel do tocar no desenvolvimento psíquico, nos mostra que a pele é um órgão delimitador entre o eu e o não eu, ocupando-se de nossa primeira e última linha de defesa. Ela funciona como um limite entre o dentro e o fora do sujeito, assumindo uma representação de separação entre o sujeito e o objeto. É um limite que demarca o universo pessoal, mas que também denota características do eu para o universo coletivo.

Para entender a outra condição que relevamos no título deste capítulo vamos nos utilizar do que Anzieu (1989) chamou de função continente da pele. Sua

¹³ Trecho do livro *'La Robe'* (O Vestido), citado por Breyton e Armênio (2001, [])

compreensão inicial nesse sentido é que a pele recobre toda a superfície corporal em que estão inseridos todos os órgãos do sentido externo. A pele é uma membrana que envolve o sujeito sendo contentora de seu corpo e seu universo psíquico.

Como diz o autor em “o Eu-pele é agora representado como uma casca, o Id pulsional como núcleo, cada um dos dois termos tendo necessidade um do outro” (Ibid., p. 115). O Eu-pele só poderia ser continente sob essa consideração, de que existem pulsões a serem contidas. Completa ele:

“a pulsão só é sentida como tensão geradora, como força motriz, se ela encontra limites e pontos específicos de inserção no espaço mental onde ele se mostra e se sua origem é projetada em regiões do corpo dotadas de uma excitabilidade particular” (Ibid. p. 115).

Diante dessa compreensão, Anzieu chama a pele de envelope do corpo, que guarda no seu interior as experiências do desenvolvimento dele próprio, incluindo o que tange ao psíquico.

Consideramos que a pele, entendida enquanto limite e continência do eu, mostra uma importante interface entre o eu e o outro, necessária para subsidiar a compreensão de nosso trabalho.

Uma vez posto isso, vamos apresentar agora algumas características da pele e a relação que o sujeito estabelece com esse órgão tão importante, mas que muitas vezes não é considerado por muitos como componente corporal de tamanha complexidade.

Embora a compreensão de que existe uma estreita relação entre psiquismo e pele os estudos ainda são poucos. Muitos deles são realizados pelas ciências médicas, e num número menor pela Psicologia. Mais recentemente, vem ganhando corpo as discussões científicas sobre a Psicodermatologia, uma área emergente que tem como objetivo investigar as interfaces entre as ciências que a compõem, especialmente a Medicina e a Psicologia (MÜLLER e RAMOS, 2004).

Algumas das vertentes que merecem observação nas investigações psicodermatológicas são aquelas desenvolvidos no campo da psicossomática, cuja principal ênfase se dá pela busca de correlações entre o adoecimento e seus fatores psíquicos predisponentes.

Os estudos da Psicossomática já enumeraram uma série de reações psíquicas que revelam uma influência muito próxima do adoecimento dermatológico. Ainda que não seja nosso objetivo relacioná-los aqui, destacam-se as pesquisas observando a influência do estresse, da experiência de perdas significativas, a dificuldade de algumas pessoas em lidar com a ansiedade ou mesmo com sintomas depressivos. Embora a literatura dê uma ênfase maior a esses fatores, eles não seriam os únicos observados nessa relação (NEVES, 2003).

Posto que compreendemos a importância dessa linha de estudo, optamos por investigar uma vertente menos explorada atualmente. Chama-nos a atenção, em especial, a experiência cotidiana do sujeito na sua convivência com a doença.

Uma vez desenvolvida a doença, com a manifestação de seus sintomas, a perspectiva adotada pelo sujeito tende a ser diferenciada. Uma eventual necessidade de mudança nos cuidados com o corpo, as interferências terapêuticas, e em muitos casos a cronificação da doença levam o sujeito a estabelecer uma atitude diferenciada em sua experiência corpórea.

De acordo com o que dissemos anteriormente, a doença pode provocar uma significativa mudança na vida do sujeito. Mesmo que os avanços científicos tenham trazidos significativos avanços terapêuticos, não nos furtamos de vivenciar o adoecimento ainda com sofrimento.

Nesse sentido, a Psicanálise pode enriquecer a compreensão sobre o adoecimento e o entendimento de que o sofrimento faça parte da condição humana, figurado talvez no que Freud chamou de mal-estar.

O sintoma entendido por Freud como expressão simbólica de um evento psíquico é um dos recursos a serem considerados na interpretação. Num estudo anterior pudemos compreender a relação da doença com os processos identitários, e reconhecemos que

“as doenças, cuja influência psicológica está presente, não são meras expressões somáticas, elas podem apresentar um rico conteúdo simbólico na compreensão da identidade do indivíduo. Assim, o indivíduo doente pode expressar, em sua doença, aspectos constitutivos de sua identidade” (GARCIA, 2002, p. 62).

É evidente, portanto, que o problema que relaciona o sujeito com as patologias cutâneas não é novo, tampouco o sofrimento experienciado pelo sujeito. Porém, esse contexto parece se agravar no universo atual do culto à imagem corporal tida como ideal de identificação.

Dando continuidade ao tema, seria necessário apresentar agora algumas considerações sobre a relação entre eventos psíquicos e a pele.

Num rápido levantamento da literatura, observamos elencadas inúmeras funções exercidas pelo nosso revestimento cutâneo. Seja essa literatura médica, psicológica, ou de alguma outra área de investigação na saúde, a pele é apresentada como um órgão multifacetado e complexo.

Considerando sua complexidade, a pele apresenta função protetora, imunológica, termorreguladora, perceptiva, secretora, de isolamento, respiração, excreção e expressão.

O desenvolvimento das funções psíquicas está estritamente ligado ao desenvolvimento das funções corpóreas. Anzieu (1989), em *Eu-pele*, aponta para a importância da constituição e funcionamento da pele na configuração do aparelho psíquico e das representações do eu. Assinala, ainda, que a superfície cutânea mostra-se como mediador fundamental no desenvolvimento psíquico desde seus primórdios.

No sentido de ressaltar a compreensão do eu-corpóreo, que Freud apresentou como uma via essencial da Psicanálise para a compreensão do sujeito, torna-se interessante considerar, também, a existência de algumas funções simbólicas de representação do eu.

Uma primeira consideração é a de que a pele é o mais extenso órgão do corpo, recobrando-o por completo, apresentando o papel de envolvimento do eu. Na compreensão sobre o *Eu-pele*, Anzieu (1989) sugere que o eu não é somente uma superfície, mas também uma projeção de superfície, como sendo metaforicamente o eu, a pele do psiquismo que sustenta toda a interioridade do psiquismo. A pele é entendida como um substrato da experiência corpórea na constituição do eu.

Sua disposição de superfície denota outra característica simbólica do tecido cutâneo, a de interface final entre o eu e o corpo, que estabelece relação

entre nosso mundo interior e exterior. Com isso, devemos considerar duas características que representam essa relação.

Por um lado, as reações do organismo apresentam uma manifestação significativa na pele, especialmente no que tange às mudanças da fisiologia do corpo. A hidratação, a circulação sanguínea, a excreção de diversas substâncias, a reação motora ao tecido muscular, dentre outras, são reações do corpo muitas vezes expressadas nas três camadas cutâneas, especialmente na derme e na epiderme.

O equivalente simbólico dela é percebido quando essas reações significam o intuito do corpo de estampar seu funcionamento que, em muitas vezes, são estimuladas por manifestações psíquicas diversas: a vergonha e timidez no enrubescimento, a sedução na exalação de odores prazerosos, a ansiedade manifesta no aumento da sudorese, as tensões refletidas na rigidez da tonicidade muscular.

Em muitos momentos, a superfície dermatológica expõe pelos poros o sofrimento psíquico que não se contém no corpo. Isso nos viabiliza pensar na característica da pele enquanto um campo de expressão psíquica que, apesar de em alguns momentos não evidenciar clareza cognitiva na sua compreensão, é percebido pelo outro como característica subjetiva de agressividade ou de sedução como mostram alguns estudos da Etologia.

Podemos supor com isso uma congruência com a noção de pulsão apresentado pela Psicanálise, cujo direcionamento é determinado ora pela libido, ora pela agressividade.

Outro ponto a retratar que aponta seu caráter simbólico é sua função de percepção sensório-motora, por meio da qual captamos uma diversidade de estímulos do ambiente. Interessa-nos relevar aqueles estímulos que são interpretados sob uma perspectiva psíquica, sobretudo o afeto e a agressão por parte do outro.

A pele é, sem dúvida, a maior e mais acessível zona de sensação do prazer do corpo na relação com o outro. Através do toque, podemos viver duas experiências importantes para a constituição da subjetividade. Uma primeira que diz respeito ao prazer erótico, vamos discutir abaixo, e outra apontada por Anzieu

(1989) com a função de *handling*, caracterizada pelo cuidado materno com o corpo do bebê.

O suporte e a manipulação do bebê enquanto cuidado provoca nele a percepção de estar dentro de um corpo. Assim “a experiência do tocar possibilita um importante papel na construção da imagem corporal, que se dá nas relações interpessoais, e que tem uma íntima interface com o sentimento de identidade.” (GARCIA, 2002, p. 48)

Freud em 1905, nos *Três ensaios* ao falar das pulsões parciais destacou a função da pele enquanto sendo uma importante fonte de percepção sensorial do corpo na determinação das zonas erógenas. Diz ele que “não nos surpreenderá ver que determinadas estimulações gerais da epiderme possuem efeitos erógenos muito definidos” (p.1211-2).

Nesse trabalho, ele aponta para o início do desenvolvimento psíquico em que o bebê utiliza seu corpo como objeto do auto-erotismo, e destaca a relação de prazer estabelecida com a pele, dentre outras partes do corpo.¹⁴ Isso ocorre principalmente pela elevada sensibilidade cutânea ao prazer do toque, ou pela extensão do órgão que tem maior acessibilidade.

“A criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de seu próprio corpo, porque isso lhe é mais cômodo, porque a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar” (Ibid., p. 1200).

Cabe lembrar também que, na eleição do primeiro objeto, a relação com a mãe se dá pelo contado entre a pele da boca do bebê e a do seio da mãe. A extensão da sensibilidade erótica ocorre com o que há de mais primitivo na formação do corpo.¹⁵

Enquanto órgão sensorial, a pele é o campo que possibilita uma primeira vivência de contato físico entre o bebê e a mãe. As primeiras experiências do toque,

¹⁴ Em última instância podemos entender que as denominadas zonas erógenas, caracterizadas por Freud nesse trabalho em determinadas regiões do corpo, são revestidas pelo tecido cutâneo. Evidenciamos, assim, o papel erógeno da pele. Ele se dá desde o início na percepção erótica de si, com o auto-erotismo, e depois na percepção do outro, com o amor objetual.

¹⁵ A pele e o Sistema Nervoso (SN) originaram-se do ectoderma, do mesmo folheto embrionário. Após a diferenciação do cérebro, da medula e demais partes do SN central, o restante do revestimento torna-se pele e seus derivados: pêlos, unhas, dentes (SAMPAIO, RIVITTI, 2000).

segundo Montagu (1988), podem ser determinantes na constituição da organização psíquica da pessoa. Como analogia ao desenvolvimento fisiológico, o autor considera a pele como porção exposta do Sistema Nervoso.

A pele também pode ser compreendida como um importante campo de expressão. A sensibilidade cutânea às reações do corpo é expressiva, sejam elas estimuladas pelo ambiente ou pelo próprio corpo.

O psiquismo também se faz presente nessa perspectiva da expressão. Concordamos com diversos autores numa compreensão de que a pele expressa muitas de nossas emoções (ANZIEU, 1989, CHIOZZA, 1997, GARCIA, 2002, NEVES, 2003, MULLER e RAMOS, 2004, SILVA e MULLER 2007). São conhecidas até no senso comum expressões tais como “estar com os nervos à flor da pele”, “pele: espelho de nossas emoções”, “ficamos tocados”, “estar na pele de alguém”.

Chiozza (1997) comenta que uma das funções da pele é a de auto-representação, e atribui ao órgão um “significado e um sentido psicológico próprio”, que chamou de linguagem do corpo, combinado, segundo o autor, com fantasias inconscientes. Para ele, é um órgão de expressão, e aponta “as funções da pele como superfície de contato, barreira limitante, elemento constitutivo do sentimento de identidade no esquema corporal e órgão preparado para a função simbólica de auto-representar o sujeito” (p. 26). Ainda com relação a isso diz “a qualidade auto-representativa atribuída à pele transfere às vestimentas do ser humano, tanto no caso delas adquirirem o valor de representar o que o sujeito é como o de aparentar o que não é” (p. 32). Sobre apresentar o que não é, o autor refere-se a um fenômeno parecido com o mimetismo, enquanto relacionado com a função de auto-representação.

Tomando a pele, portanto, como um campo de expressão do sujeito, podemos considerar que a pele doente tende a expressar os diversos fatores influentes na manifestação da doença.

Dias et al. (2007) também consideram a função expressiva da pele ao entender que nela são registradas as experiências vividas pelo sujeito. Cabe lembrar que esses registros podem ficar evidentes para o outro.

Ao considerar suas funções senso-perceptiva e expressiva, nos deparamos com a ideia de que a pele tem, por um lado, um sentido intimamente

privado, no qual só o sujeito pode reconhecer suas sensações, ao mesmo tempo em que público, e o expresso na pele esta à vista do outro, revelando, por vezes, diversas manifestações subjetivas.

Ainda que essa perspectiva possa ter a conotação de invasão do universo íntimo do sujeito, ela é necessária para o reconhecimento de si diante do outro; faz emergir a identificação, mediada pelo reconhecimento do externo, das relações que estabelecemos, de como nos mostramos e nos vemos no outro.

Assim, a percepção de si não depende simplesmente dos limites da pele, pois o estabelecimento de relações significativas, principalmente nas primeiras relações, é fundamental no desenvolvimento da imagem que o indivíduo tem de seu próprio eu (CHIOZZA, 1997).

Vemos, no entanto, uma forma seletiva de constituição de referenciais no contexto social através da normatização da diferença por atitudes discriminatórias. A pele também tem marcado a diferença no âmbito social, como é o caso da discriminação racial, manifesta na cor da pele onde branco é referência de ideal. Essa atitude discriminatória tende a ocorrer também com os sujeitos doentes, pois a doença também foge da norma.

É importante ressaltar que os conflitos emocionais de pacientes dermatológicos não estão apenas na origem da doença. Vários estudos indicam conflitos emocionais vivenciados por esses pacientes em seu cotidiano, pela convivência com uma doença que lhe traz uma aparência física prejudicada, principalmente numa sociedade que cultua e valoriza aspectos estéticos do corpo (GARCIA, 2002, p. 64-5).

Conviver no cotidiano com a pele estampada pela doença torna o caminho do paciente, sem dúvida, mais árido. A discriminação assola o sujeito e parece por em xeque sua tendência à socialização.

Uma vez que estamos falando sobre a pele sob o ponto de vista da doença, seria necessária uma breve compreensão do diagnóstico médico apresentado pelos pacientes participantes de nossa investigação, cabendo uma explanação de suas principais características.

Os pacientes desta pesquisa apresentaram os diagnósticos de psoríase vulgar em um dos casos, uma outra com vitiligo e, por fim, uma paciente com diagnóstico de xeroderma pigmentoso.

Como já foi dito, nosso propósito não foi o de investigar as particularidades de cada dermatose, ainda que saibamos que suas características tragam determinantes diferentes na forma de viver dessas pessoas. Contudo, nossa ênfase se dará na compreensão da vivência cotidiana com a doença e o modo de lidar com seu sofrimento.

A psoríase é compreendida como uma dermatose crônica, com lesões eritemato-escamosa recobertas por escamas esbranquiçadas, caracterizada pela hiperplasia epidérmica, com acelerada substituição da epiderme. Apesar de ter etiologia desconhecida, estudos atuais indicam importante influência de herança multifatorial, dentre os quais poligênicos e ambientais (CHIOZZA, 1997, SAMPAIO, RIVITTI, 2000, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA [SBD], 2009).¹⁶

A rapidez na mudança morfológica é característica da reação psoriática, pois a célula se comporta com uma ação permanente de reprodução, equivalendo a uma tentativa de cicatrização de uma lesão que necessariamente não existe. Ocorre um aumento da irrigação sanguínea nas áreas afetadas, resultando o seu aspecto avermelhado. O organismo, por sua vez, não está preparado para descamar as células no mesmo ritmo, fazendo com que elas se acumulem e formem lesões, que se encontram disseminadas simetricamente em várias partes do corpo.

Existem vários tipos de psoríase, cujo fator determinante no diagnóstico se dá por sua característica clínica. Esta recebe denominações diferenciadas de acordo com sua localização e aspecto. O tipo mais comum, a psoríase vulgar, atinge cerca de 90% dos casos.

O vitiligo é identificado pela presença de manchas acrômicas e hipocrômicas na epiderme, resultantes de uma despigmentação. É uma doença crônica em que sua caracterização patológica se dá por lesões formadas a partir da diminuição ou ausência de melanócitos, células localizadas na epiderme,

¹⁶ Algumas dessas informações foram colhidas no site da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) <http://www.dermatologia.net/novo/base/Doencas.shtml> . Capturado em 07.11.2009.

responsáveis pela produção da melanina, nosso pigmento cutâneo, nos locais afetados.

As lesões ocorrem de forma difusa pelo corpo, em tamanhos variados, podendo ocorrer em qualquer segmento da pele. Os locais mais comuns são a face, mãos e genitais. Sua etiologia ainda é desconhecida, embora o fator auto-imune pareça ser importante (SAMPAIO, RIVITTI, 2000, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA [SBD], 2009).

Possivelmente, o fator agravante do vitiligo se dá no plano psicológico, uma vez que não causa nenhum prejuízo à saúde física, considerando a necessidade de uma maior proteção cutânea contra os raios solares. As alterações estéticas muitas vezes é o fator que mais ocupa o paciente e o prejudica no convívio social.

Tanto no caso da psoríase como do vitiligo, é comum na literatura a associação de fenômenos emocionais relacionados com o seu surgimento ou a piora dos sintomas. Mesmo não sendo elas doenças contagiosas, é comum a reação de afastamento e evitação do contato físico tanto por parte do paciente, como por outras pessoas.

O xeroderma pigmentoso é uma doença genética que se caracteriza pela deficiência na capacidade de reverter as agressões que a radiação solar provoca no DNA (código genético) das células da pele.¹⁷ O corpo, nesse caso, apresenta um prejuízo em sua renovação celular. O resultado disso são lesões cutâneas degenerativas de rápido fotoenvelhecimento. As lesões podem resultar desde sardas até vários tipos de câncer de pele (SAMPAIO, RIVITTI, 2000, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA [SBD], 2009).

A fotossensibilidade da pele é elevada nesse caso, fato que exige um cuidado preventivo muito importante por parte do paciente, pois a função protetora da pele é reduzida.

É importante retratar que, pelo fato de as dermatoses apresentadas aqui serem consideradas doenças crônicas não existe ainda hoje uma perspectiva de

¹⁷ Nas pessoas normais, um mecanismo corrige as alterações causadas pela radiação Ultravioleta no DNA e, por isto, os malefícios provocados pelo sol só vão aparecer com o dano acumulado após muitos anos. Isso pode ser melhor explicado em http://genoma.ib.usp.br/pesquisas/doencas_xeroderma-pigmentoso.php. Capturado em 07.11.2009.

cura sistematizada para nenhuma delas. Existem eventuais casos de remissão patológica ou uma significativa melhora dos sintomas, porém, na sua grande maioria, os tratamentos são paliativos.

MÉTODO

5 Método

“As doces curvas dessas colinas e a mão da tarde sobre este coração agitado me ensinam muito mais. Compreendo que se posso, com a ciência, me apoderar dos fenômenos e enumerá-los, não posso da mesma forma apreender o mundo. Quando tiver seguido com o dedo todo o seu relevo, não saberei nada, além disso. E vocês me levam a escolher entre uma descrição que é certa, mas que não me informa nada, e hipóteses que pretendem me ensinar, mas que não são certas.”

ALBERT CAMUS¹⁸

Nossa proposta é a de utilizar neste trabalho o método de pesquisa clínico-qualitativo que consiste em buscar entender um fenômeno específico em profundidade. Compreendemos que este método pode abranger uma forma de apreensão dos sentidos e significados que o sujeito atribui à sua prática cotidiana, pois oferece boas condições para a compreensão do conteúdo psíquico e a viabilização das interpretações (TURATO, 2003).

Turato (2000) discute sobre uma forma diferenciada de se fazer o método qualitativo, em que propõe avançar os passos inicialmente dados pelas pesquisas desenvolvidas pelas áreas da sociologia compreensiva e da antropologia cultural. Quando fala de método clínico-qualitativo, busca agregar duas importantes concepções epistemológicas. Por um lado, parte do já consolidado conhecimento do método nas ciências sociais, associando aos elementos teóricos reconhecidos no método clínico-psicológico, sejam eles emergidos das investigações resultantes nas teorias psicodinâmicas, ou no campo da prática clínica.

¹⁸ *O mito de Sísifo* (1942), E-book disponível em <http://filosofocamus.sites.uol.com.br/index.htm> capturado em 25.10.2009.

O autor destaca, por sua vez, o que releva nosso interesse neste estudo, que a Psicanálise apresenta suporte necessário para subsidiar a pesquisa clínico-qualitativa, seja na delimitação do tema e dos objetivos, ou na utilização dos instrumentos de investigação, bem como na interpretação dos resultados da pesquisa.

Os depoimentos de experiências colocam os indivíduos enquanto agentes de sua história e como participantes da vida social, podendo revelar as representações que têm de si mesmos, bem como as que acreditam que os outros têm deles. Entendemos que a pesquisa qualitativa pode ser capaz de compreender o significado como parte das ações, das relações e das estruturas sociais, inerentes às transformações e construções humanas significativas (MINAYO, 1994).

Para acessar o imaginário que os pacientes investigados apresentam sobre sua relação com a doença, propusemos a realização de entrevistas com os mesmos, quando buscamos resgatar na história de vida desses pacientes, através da sua fala, aspectos relacionados ao adoecimento.

Para Ongaro (1993), “uma narrativa ou um depoimento lida com o emaranhado entre o fenômeno e o contexto, com eventos passados e presentes para tentar alcançar a compreensão do mundo de uma pessoa” (p. 31).

Entendemos, contudo, que a linguagem é uma forma discursiva que expressa os sentidos construídos pelo sujeito sobre os conteúdos presentes no seu contexto e sobre si mesmo. Assim, através de seu discurso, o entrevistado indica uma série de sinais e valores sócio-culturais que não só evidenciam como ele elaborou suas experiências, mas como lida com elas na sua vivência cotidiana. Além do que, pode revelar as representações que tem de si mesmo, bem como as que acredita que os outros têm dele. A proposta da pesquisa qualitativa vai além ao que diz respeito aos seus propósitos, como diz Batista Pinto:

“Trata-se de um procedimento essencialmente construtivo-interpretativo, que tem suas raízes históricas na Antropologia Cultural, e pode incluir: a integração de fragmentos de um processo em uma nova configuração; a integração da informação obtida na investigação a partir de um conjunto de aspectos qualitativos; a interpretação como o elemento de contato na investigação da realidade estudada; ou ainda a transferência como o instrumento da investigação” (2004, p. 74).

É evidente, com isso, a necessidade de considerar que a metodologia qualitativa de pesquisa deve considerar a constituição da subjetividade e suas particularidades como uma forma de construção de conhecimento que venha a fundamentar os sistemas teóricos e, por sua vez, subsidiar o conhecimento científico.

Para Batista Pinto (2004), esse tipo de pesquisa apresenta uma epistemologia específica, e entende que a investigação, neste caso, é inerente ao fenômeno estudado. Conclui, assim, que “os princípios teóricos dessa metodologia de pesquisa legitimam o conhecimento por construção” (p. 75).

A pesquisa qualitativa busca um alinhamento entre os eventos e processos construídos historicamente nas relações entre os sujeitos com um olhar teórico específico, em que um influencia a compreensão do outro. Com isso, a investigação busca revelar como o fenômeno ganha sentido na esfera do pessoal e do coletivo, e que, por sua vez, não tiveram ainda uma compreensão teórica.

5.1 Sujeitos

Foram selecionamos pacientes que estavam em tratamento dermatológico no serviço de Ambulatório de Dermatologia do Instituto “Lauro de Souza Lima” (ILSL), no município de Bauru, Estado de São Paulo. Dentre outros critérios de inclusão entrevistamos pacientes adultos, com história de diagnóstico de doença dermatológica de, pelo menos, dois anos. Entendemos que, nesse período, os pacientes já teriam experiências significativas para que pudessemos vivenciar a relação entre a doença e o sofrimento narcísico.

Durante atendimento ambulatorial, o paciente foi triado pela equipe de saúde do ILSL, dentre aqueles que, pela identificação no seu discurso, apresentaram um importante comprometimento estético, referencial este dado pelo próprio paciente. Após essa triagem o paciente foi convidado para sua participação na pesquisa.

Por motivo de coerência na relação entre a teoria e o método, bem como pelos propósitos desta pesquisa, optamos pela intencionalidade na definição dos pacientes que participariam da entrevista, respondendo inicialmente aos seguintes critérios: interesse espontâneo em participar das entrevistas; apresentar diagnóstico dermatológico; identificar característica de sofrimento na vivência cotidiana com a doença, bem como disposição para falar sobre este assunto.

Entretanto, o sujeito foi escolhido aleatoriamente no que diz respeito ao diagnóstico, dentre os que foram apresentados aqui. Assim, não propusemos investigar ou a especificidade de algum perfil de diagnóstico dermatológico, embora compreendamos também que exista particularidades próprias de cada uma delas.

O número de participantes foi delimitado num total de 3 pacientes, utilizando o método de amostragem por variedade de tipos, proposto por Turato (2003), em que o tamanho da amostra tenha sido definido pelo critério da homogeneidade fundamental, e sustentado na condição de que as pesquisas qualitativas resultam no uso generalizado de amostras menores, cujo recrutamento, ao invés de randômico, é quase sempre intencional. A delimitação final do número dos pacientes se deu pela saturação do conteúdo coletado, ocorrendo quando esse respondem aos objetivos da investigação.

De acordo com Fontanella, Ricas e Turato, a amostragem por saturação pode ser definida quando:

“as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (2008, p, 17).

Embora ocorra o risco deste critério assumir um caráter acrítico e subjetivista no que tange à clareza do sentido do conteúdo a ser investigado, foi necessário, segundo os mesmos autores, dispor de cuidados essenciais para que haja validação da pesquisa. Eles apresentam a necessidade de se considerar como critério nessa definição, a combinação entre: os limites empíricos dos dados, a integração entre a teoria e os dados obtidos, e a sensibilidade teórica do

pesquisador em analisar os dados, bem como a referência que determinaria a saturação dos dados.¹⁹

Considerando esses critérios básicos para este tipo de amostragem,²⁰ foram realizadas diversas entrevistas com os participantes, nos quais pudemos perceber, de fato, que a compreensão dada por algum dos pacientes voltaria a ser apresentada por outro numa outra entrevista. Não retratamos, no material coletado das entrevistas, o sentido literal das palavras, mas o sentido atribuído pelo entrevistado e que foi analisado sob o referencial da Psicanálise, levando em conta, sobretudo, a sustentação necessária da teoria para a realização da análise tanto do conteúdo temático quanto do conteúdo latente.²¹

5.2 Instrumentos

Utilizamos, como referencial na construção do instrumento, a proposta de Turato (2003) e Gonzales Rey (2005) que sugerem que a entrevista utilizada na pesquisa qualitativa deve apresentar uma flexibilidade suficiente para que o pesquisador possa ampliar a apreensão dos conteúdos no contato com o entrevistado, possibilitando atingir a expressão de sentidos vinculados a núcleos temáticos que abordam questões relacionadas ao tema da investigação. Assim sendo, o roteiro de entrevista procurou responder às necessidades levantadas pelo pesquisador, indicadas pela observação direta da rotina típica de atendimentos dessa população, e apontada também pela literatura da área.

¹⁹ Segundo os autores, esses critérios foram considerados originalmente por Glaser BG, Strauss AL. em *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967. (Fonte dos autores)

²⁰ Esses são os principais critérios apresentados pelos autores na consideração sobre a definição da amostra, porém nesse mesmo material eles consideram outros elementos não menos importantes para a validação científica da amostra. Embora nosso objetivo principal neste capítulo não é a detenção desses elementos, entendemos a importância de apresentá-los. Entendem, além dos já citados, como elementos cruciais para a definição da amostragem por saturação: “o desenho da pesquisa (seja experimental ou de campo), o recorte do objeto e formulação do problema, a formulação dos pressupostos ou hipóteses, a escolha dos instrumentos de coleta de dados e os quadros de referenciais teóricos de interpretação dos resultados” (p. 18).

²¹ Conceitos apresentados, mais adiante, neste capítulo.

Para a coleta de dados, foram feitas entrevistas semidirigidas e com questões abertas com os pacientes em atendimento ambulatoriais no período previsto para a coleta (Apêndice A). As entrevistas ocorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2009, em dias e horários definidos e agendados.

A escolha deste instrumento foi definida pela perspectiva de amplitude e profundidade que a entrevista pode atingir na investigação científica. Lembramos que, nessa técnica, o entrevistador assume um papel ativo na relação com o entrevistado, onde as questões previamente elaboradas no roteiro margeiam o conteúdo proposto nos objetivos da pesquisa; no entanto, viabiliza ao investigador ir além do previamente disposto, e ater-se a questões pertinentes ao tema que emergiram durante a própria entrevista, e que, por sua vez, tragam elucidações significativas para a compreensão do fenômeno investigado (BLEGER, 1998).

O entrevistado é estimulado a expor seus sentimentos, fantasias, receios, e tantas outras experiências psíquicas que lhe couberem naquele momento. Para tanto, há de se contar com a manifestação clínica da angústia e da ansiedade. As histórias foram narradas nesse sentido com o discurso próprio do universo dos pacientes, e que, de certa forma, é mediado ao discurso médico presente nas instituições de saúde.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado individualmente e todos os pacientes participantes, que receberam informações sobre a pesquisa realizada e, no caso de aceite, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido previamente (Apêndice B).

As entrevistas com os 3 pacientes foram gravadas e, posteriormente, transcritas com o objetivo de viabilizar a análise do discurso apresentado por eles. O passo seguinte consistiu numa leitura geral das entrevistas, com uma postura de atenção flutuante para que tornasse familiar o material, além de proporcionar uma visão mais ampliada do conteúdo que, posteriormente, foi esmiuçado na análise.

O roteiro da entrevista elaborado pelos autores é composto de núcleos temáticos estruturados em: dados pessoais de identificação do entrevistado; atividades sociais e relacionais; condições de saúde; prática de cuidados com o corpo, a saúde e a doença; aspectos narcísicos, as expectativas sócio-culturais; e motivações e frustrações diante do tratamento.

5.3 Procedimento para análise dos dados

A análise das entrevistas foi orientada pelo referencial teórico psicanalítico com a intenção de responder de forma específica às expectativas do objetivo desta pesquisa. Após a transcrição, o conteúdo foi organizado e analisado em núcleos categoriais.

Releva-se o fato de que podemos captar, através do resgate do discurso dos pacientes, os vários aspectos relativos à temática proposta. Este tipo de tratamento dos dados possibilita uma maior profundidade na análise e uma primeira identificação de conteúdos aflorados no decorrer das entrevistas (TURATO, 2003).

Uma compreensão fundamental para a pesquisa qualitativa e que nos orientou foi a proposição de que os sentidos e os significados dos fenômenos são essenciais para apreensão do método qualitativo, e que foi escopo de nossa análise diante dos resultados desta investigação (TURATO, 2000).

Para tanto, nos orientamos também pelo referencial dado por Freud²² nas *Conferências introdutórias de Psicanálise*, especialmente na conferência XVII *O sentido dos sintomas*. Nesse texto, ele apresenta a premissa de que os sintomas apresentam um sentido para o sujeito e sua manifestação, produzido ao longo de sua história e sua inscrição na cultura.

Entendemos, com isso, que os pacientes nos apresentaram características que simbolizam seus sintomas pelos relatos de suas histórias, especialmente no que diz respeito à sua relação com o corpo e com a doença mais recentemente, mas que, por sua vez, tendem a denotar a repetição na busca da satisfação em sua experiência com o eu e com o outro. Como disse Freud:

“Demonstrado que os sintomas individuais dependem incontestavelmente das experiências pessoais do paciente, podemos admitir também que os

²² O texto *Os sentidos dos sintomas* faz parte das *Conferências Introdutórias da Psicanálise*, na parte III em que Freud apresenta a Teoria Geral das Neuroses. Essa obra foi escrita a partir de conferências realizadas por Freud na Universidade de Viena durante a Primeira Guerra Mundial entre os anos de 1915 e 1917.

sintomas psíquicos típicos remontarem a um acontecimento que é igualmente típico em si mesmo; isso é, comum a todos os Homens” (FREUD, 1916-7, p. 2292).

Em consonância com essa proposta, foram utilizadas, para a interpretação dos dados, as técnicas de análise do conteúdo temático²³ e análise do conteúdo latente.²⁴ Entendemos que ambas podem elucidar o conteúdo apresentado no discurso do sujeito durante uma entrevista clínico-psicológica. Turato (2003) entende que a utilização de variadas técnicas de análise torna possível compreender a dimensão dos conteúdos que o sujeito pode apresentar. O objetivo de sua utilização é poder abranger a diversidade e riqueza dos conteúdos apresentados no discurso.

Para Campos (2004), o conteúdo de uma comunicação apresenta uma visão polissêmica e valiosa, que permite ao pesquisador qualitativo uma ampla gama de interpretações. Porém, essa riqueza de possibilidades interpretativas dificulta a visualização dos conteúdos abordados tanto na esfera objetiva, bem como na esfera simbólica, ou seja, do que fica subentendido na fala do sujeito investigado.

O autor vê nisto a necessidade de delimitar, claramente, a possibilidade de análise dos “conteúdos manifestos” e dos “conteúdos latentes” apresentados em uma mensagem. Diz ele que

“Para o investigador qualitativo, tal momento, reveste-se de suma importância, pois a desconsideração de um em detrimento do outro, pode colocá-lo frente à situação de negação completa da subjetividade humana ou, por outro lado, a imposição de seus próprios valores em desconsideração a um pressuposto básico da pesquisa qualitativa, ou seja, os dados são analisados levando-se em consideração os significados atribuídos pelo seu sujeito de pesquisa” (p. 613).

Com isso, ele propõe que os conteúdos manifestos devem ser analisados tal como se apresenta, cuidando para que o investigador não intervenha com uma conotação pessoal, “num exercício de mera projeção subjetiva, da mesma maneira é importante que os resultados da análise de conteúdo devam refletir os objetivos da

²³ “Procura nas expressões verbais ou textuais os termos gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos, portanto uma primeira forma de categorização e subcategorização constituindo o *corpus*” (TURATO, 2003, p. 442).

²⁴ “Emersão dos significados que estão atrás do conteúdo manifesto de qualquer formação inconsciente: crenças, ideologias, metáforas dos contos projetivos, sintomas, lapsos, sonhos, distúrbios psicossomáticos” (Ibid., p. 440).

pesquisa e ter como apoio indícios manifestos no conteúdo das comunicações” (Ibid., p. 613).

No entanto, nem sempre todo o conteúdo relatado pelo sujeito deve ser compreendido tal qual sua fala se apresenta de modo objetivo. É necessário, com relação a isso, considerar aquilo que não está explícita ou diretamente expresso numa mensagem (escrita ou oral), ou seja, está nas entrelinhas, onde acaba a objetividade e começa o simbólico. Nesse sentido, contamos com o aporte psicanalítico que possui um vasto cabedal de conhecimento para sustentar interpretação do conteúdo latente.

Deve-se, contudo, cuidar do recurso interpretativo para que a análise de conteúdo não seja dirigida por posições extremadas, por um lado objetiva demais ao ponto de prejudicar a criatividade e a disposição intuitiva do pesquisador; por outro, demasiadamente subjetiva por conferir valores meramente pessoais do pesquisador ou de uma determinada demanda ideológica. No entanto, compreendemos a necessidade de se considerar, na interpretação, as influências do contexto social e histórico sob o qual foi produzida a investigação.

A análise do conteúdo expresso pelos sujeitos teria como uma de suas funções contribuir com o discurso metapsicológico que busca criar um campo de inteligibilidade, procurando dar sentido ao material clínico presente em nossa investigação. Entendemos que esse pode ser um meio de recriar a esfera do cotidiano daquele que vive as particularidades de seu sofrimento. Este é, sem dúvida, um importante meio de compreensão dos fenômenos e processos psíquicos emergentes. A escuta diferenciada dos fenômenos cotidianos, por sua vez, viabiliza o investimento necessário da participação psicanalítica como intervenção nas práticas subjetivas.

5.4 Procedimento Ético

A realização da pesquisa foi orientada pelos preceitos éticos da Resolução nº 196/96 CNS/CONEP, que “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.”

Também nos orientamos pela resolução CFP nº 016/2000 que dispõe sobre a realização de pesquisa, em Psicologia, com seres humanos, e considera que:

“a pesquisa, envolvendo seres humanos, em Psicologia, é uma prática social que visa a produção de conhecimentos que propiciam o desenvolvimento teórico do campo e contribuem para uma prática profissional capaz de atender às demandas da sociedade.”

O projeto de pesquisa, que deu origem a esse trabalho, foi submetido ao parecer substanciado da Comissão Científica (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto “Lauro de Souza Lima” (Anexo B), bem como a aceitação livre e consentida por parte dos sujeitos da pesquisa.

**POR UMA COMPREENSÃO DO DISCURSO:
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

6 POR UMA COMPREENSÃO DO DISCURSO – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“O homem cria a beleza como remédio para sua doença, como bálsamo para seu medo de morrer. Pessoas que gozam de saúde perfeita não criam nada. Se dependesse delas, o mundo seria uma mesmice chata. Por que haveriam de criar? A criação é fruto de sofrimento.”

RUBEN ALVES²⁵

No sentido de manter a coerência com nossos objetivos e com a proposta metodológica, será apresentada a análise de três entrevistas, cuja intenção foi resgatar fragmentos da história de vida de pacientes com diagnóstico dermatopatológico, tomando seu discurso como mediador da compreensão do adoecimento na atualidade.

Vamos apresentar, concomitantemente, aos relatos das entrevistas, uma discussão acerca do tema, procurando estabelecer um diálogo entre a Psicanálise e as evidências surgidas no discurso dos pacientes tratados como material de nossa investigação.

Cabe lembrar que os pacientes participantes desta pesquisa serão apresentados aqui com nomes fictícios, bem como alguns dados que possam identificá-los serão modificados.

Mara tem 48 anos, é dona de casa, casada há 28 anos. Apresenta diagnóstico de vitiligo, convive com os primeiros sinais da doença há 6 anos. Percebe claramente a manifestação do vitiligo logo após a morte da mãe. Já buscou diversas formas de tratamento, convencionais ou não. Fala de uma rotina doméstica que ocupa a maior parte de seu tempo, além de participar de grupos de oração e assistência comunitária na igreja que frequenta.

Wilma tem 42 anos, trabalhava como doméstica, mas agora está afastada para poder cuidar do pai doente, apesar de dizer que não trabalha, formalmente, há

²⁵ ²⁵ ALVES, R. *Sobre o tempo e a eternidade*. Campinas: Papirus, 2006.

pelo menos 20 anos, devido às necessidades do tratamento dermatológico, pois não conseguiu registrar-se como empregada.

Faz mais de 20 anos que recebeu o diagnóstico de xeroderma pigmentoso e, desde então, se viu envolvida com o tratamento. Ela passou a morar na casa dos pais alguns anos depois de sua separação conjugal. Hoje convive com eles e com o filho de 19 anos.

Laura tem 32 anos, está separada e trabalha, na área comercial, diretamente com o público. Voltou a morar com a mãe depois da separação, tem um filho de 11 anos. Apresenta o diagnóstico de psoríase há 17 anos e, a partir daí, faz tratamento. Relata vários momentos de melhora dos sintomas, embora diga que sempre voltam. Mais recentemente, passou, segundo ela, pela reação mais crítica da doença, fato que ela associa à experiência de sua separação conjugal.

Ela já convive com a psoríase desde pequena, mesmo sem conhecer o diagnóstico no início. Segundo ela, sua mãe não se importava muito com aquilo, não entendendo, talvez, como a incomodava; porém, ela já conhecia o constrangimento provocado pela doença.

Considerando que seus registros de sofrimento com a psoríase ocorrem desde sua infância, especialmente quando se refere à aparência e a percepção do outro, podemos crer numa significativa interferência da doença em sua vida que, desde então, despertava a curiosidade das pessoas. Isso lhe causava a sensação de estar exposta; sentia que sua pele apresentava marcas de sua diferença.

“Eu já era mocinha já quando eu descobri o que era, então eu tinha muita vergonha desde criança. Pra mim, alguém chegar e falar ‘nossa, o que que é isso?’, eu já chorava, sempre fui chorona. Eu já chorava e falava ‘ah, por que que eu sou assim, por que que só eu que tenho isso e as outras minhas amigas não têm?’ (Laura).

Ela parece procurar uma resposta por se sentir diferenciada. O outro, apresentado como referência, chama sua atenção, em que, supostamente, queria

ser igual. Embora sua colocação sugira a atenção para o outro, entendemos que seu discurso aponte para uma compreensão de si mesma.

O homem vive uma permanente busca de um tempo perdido, de sua experiência primária do narcisismo, em que era ele mesmo seu próprio ideal como propõe Freud no texto de 1914 quando diz que o Homem

“não quer renunciar à perfeição narcisista de sua infância, já que não pode mantê-la diante dos ensinamentos recebidos durante seu desenvolvimento e pelo despertar de seu próprio juízo, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. Aquilo projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, na qual ele era o seu próprio ideal” (p.2028).

Cabe elucidar que o ideal de eu não é um modelo de sujeito a ser atingido, e deve ser compreendido como o substituto do narcisismo que fora perdido na infância. Quando o sujeito busca identificar-se com modelos tidos como ideais, pode entender-se que há com isso uma tentativa do desejo de suprir a lacuna entre o que o sujeito realmente é e o que gostaria de ser (CHASSEGUET-SMIRGEL, 1992)

Embora a identificação com modelos seja secundária no que diz respeito à profundidade de sua intenção, não deve deixar de se considerar a significativa influência que esse apresenta no imaginário do sujeito.

O culto ao corpo e aos padrões de beleza, em última instância, equivale a um esforço de retornar ao ideal de perfeição vivido na fase do narcisismo primário, compartilhado pela cultura como via da satisfação plena que o sujeito abandonou na infância. Por sua vez, para Chasseguet-Smirgel (1992), o ideal de eu deve ser visto como um fenômeno antropológico, em que o que está em jogo é a própria compreensão do Homem, e não apenas a satisfação instintiva.

Como já dissemos anteriormente, a orientação exercida pelos ditames da imagem, atualmente é um parâmetro a ser profundamente respeitado nas considerações sobre o sofrimento emergido na relação do sujeito com sua corporeidade.

As imagens criadas nos vários meios de comunicação ocupam, no imaginário do sujeito, a ilusão de saldar a nostalgia de quando era ele mesmo seu

ideal. Ocorre com isso uma idealização de figuras e atitudes que dão ao sujeito a sensação de acessibilidade ao trono de “sua majestade, o bebê”.

As figuras idealizadas aparecem nos programas de TV, nas revistas, nos ícones do esporte, da religião, da música, enfim, em vários contextos sociais cuja influência é difundida à maioria das pessoas. Entendemos que “a idealização é um processo que diz respeito ao objeto engrandecendo-o e elevando-o psiquicamente sem alteração de sua natureza” (FREUD, 1914, p.2029).

Mara parece compreender, como sua, a atitude de imposição de limites na relação com o outro; porém, em alguns momentos, não deixam claro qual é o referencial que, de fato, se orienta no que se refere ao investimento no eu ou no objeto. Sustenta, no discurso religioso, um padrão de comportamento idealizado e que tem por objetivo evitar a consciência de seu sofrimento.

“a gente só olha pra gente de uma maneira diferente, igual, tem hora, quantas vezes eu não fico olhando assim na minha pele e eu fico olhando tudo assim que Deus fez, cada um de nós, foi tudo tão perfeito, tão perfeito que, como que pode uma pele, de repente ela ficar com essa despigmentação, né? E fica uma pele tão diferente daquilo que é o normal. Eu nem fico olhando muito, acho que eu nem vejo direito, eu prefiro ficar olhando pra Deus” (Mara).

Freud levantou a necessidade de estabelecer algumas diferenças entre o investimento no ideal e a sublimação dos instintos. Embora não seja nosso objetivo aprofundar nessa discussão, cabe ressaltar que, para ele, “a formação do ideal de eu é, muitas vezes, confundida com a sublimação do instinto. Um indivíduo que tenha trocado seu narcisismo pela veneração de um ideal de eu não implica que tenha conseguido a sublimação de seus instintos libidinais” (1914, p.2029).

Da mesma forma que Mara idealiza a figura divina como aquela que lhe dá sustentação, também questiona o porquê de essa figura não lhe prover a perfeição. O discurso religioso ocupa, sem dúvida, uma proposta de simbolização da demanda psíquica e, no caso de Mara, em diversos momentos caracteriza a figura primitiva de apoio do grande pai, aquele que não deixa faltar além de prover o bem-

estar. No entanto, essa sustentação não lhe garante isenção de ser tomada pelos padrões estéticos de normalidade.

Embora em seu discurso ela apresente poucas colocações sobre o sofrimento causado pela condição da doença, no que tange à face da estética, quando ela o faz apresenta, em seguida, o resgate religioso como um recurso para encobrir sua dor.

“a gente que tá doente, né? E então tem hora que, às vezes, dependendo da reação das pessoas, às vezes, dá vontade de a gente até ser malcriada, mas a, a gente não pode agir assim, porque a gente não pode perder a oportunidade nessa vida que Deus dá pra gente de todos os momentos a gente evangelizar, mesmo na dor, mesmo na dor, né?” (Mara)

A agressividade contida de Mara parece responder também a uma estética do ideal, pois de acordo com seus parâmetros, ela não pode agir assim. Desse modo, atende a um padrão de comportamento que controla sua manifestação agressiva. A dificuldade observada em algumas pessoas em expressar seus sentimentos, evidenciada, dentre outras atitudes, na contenção do impulso agressivo, já foi associada à manifestação do sintoma do vitiligo, como dizem Muller e Ramos (2004).

Laura também apresenta dificuldade em lidar com a emoção, sobretudo a agressividade:

“eu tinha várias, vários, várias emoções num dia só, num, sabe? Não tinha um controle, sabe? Então, minha mãe sempre falava pra mim ‘Laura, não fica nervosa’, então de manhã eu tava bem, à tarde eu tava estourando, tava brigando, tava discutindo, agora, eu tô tentando ficar mais calma, tô tomando um antidepressivo e tô fazendo atividade física, tento não ficar pensando muito nos problemas, quando tem, quando vem aquele sentimento ruim, eu já vou andar,

vou ouvir uma música, vou fazer o que eu gosto, ficar mexendo no computador, ouvir música, essas coisas que eu tento fazer, pra num... pra combater um pouco esses estresses que eu sinto” (Laura).

Ela acredita que sofre em função do sentimento de discriminação que vive e, para a contenção emocional, utiliza-se de diversos recursos de anestesiar seu impulso agressivo com o uso de remédios, a atividade física, e as demais atitudes de fuga que ela enumera. Como diz Roudinesco (2000, p. 19) “ele [o sujeito] busca na droga ou na religiosidade, no higienismo ou no culto de um corpo perfeito o ideal de uma felicidade impossível”. Temos então que o alívio do sofrimento e a contenção dos impulsos deve corresponder também a um ideal.

O sofrimento, que é uma condição do próprio desenvolvimento psíquico, passa a ser entendido como uma experiência a ser evitada a qualquer custo. Os diversos recursos de eliminação do sofrimento são encontrados em todo canto; as substâncias psicoativas, o sexo fácil, o consumismo exagerado, o abuso dos analgésicos e antibióticos, os milhares de livros de auto-ajuda, e as mais variadas formas de terapêuticas, ditas alternativas, com uma promessa de resolução rápida dos problemas. A ilusão de uma realidade mais feliz é vendida de forma desmedida.

Paradoxalmente, a necessidade criada nessa forma de consumo, como forma de alívio a qualquer sinal de sofrimento, gera outra forma de sofrimento ainda mais difícil de lidar, o sofrimento narcísico, pois o sujeito não consegue dar conta de suprir as necessidades e consequentes frustrações que lhe são impostas. Isso parece gerar um círculo vicioso, pois o sujeito consome para aliviar o sintoma, mas, quando isso não ocorre, busca outros recursos com o mesmo objetivo e, consequentemente, tem o mesmo efeito, a insatisfação.

A busca desse alívio também aparece no discurso de Mara quando perguntamos se ela tinha algum problema de saúde, ao afirmar:

“o problema que eu tenho de saúde que eu considero também é que faz é 6 anos que a minha mãe faleceu [...] E eu tinha assim uma

ligação muito profunda, muito profunda com a minha mãe [...] A sensação que eu tive é assi:, que o mundo tinha parado e pra mim, não tinha mais sentido, né? [...] só que nessa partida da minha mãe, me apareceu o vitiligo. Eu chorei muito por isso, nossa! parecia uma criança [...] quando eu via aquelas manchas, eu achei assim, uma coisa tão feia que aquilo ali eu não queria pra mim. É claro que ninguém quer, né?” (Mara)

A perda da mãe leva Mara à revivescência de um estado primordial de desamparo, fato que marca uma significativa mudança em sua vida. A onipotência do infante parece ser convertida na impotência da mulher. A figura evocada de Deus se ocupa do sentimento primário de sustentação por parte do outro. Esse movimento restaura a ruptura sofrida pelo sujeito diante da apreensão do Não-Eu. Isto corresponde com Chasseguet-Smirgel quando diz que

“A explosão da fusão primária, que nasce desta impotência, e leva o sujeito a reconhecer o Não-Eu, parece ser o momento primordial, onde a onipotência narcísica que lhe é arrancada é projetada sobre o objeto, primeiro ideal do Ego da criança, onipotência narcísica de que ele é, de agora em diante, separado por uma abertura que se esforçará a toda vida para suprir” (1992, p. 13).

Embora o esforço em suprir a onipotência infantil deva nos perseguir ao longo da vida, esse movimento tende a trazer situações de sofrimento para o sujeito quando este percebe que não é possível tomar a totalidade do outro para si, gerando uma frágil relação de dependência. Mara, quando perdeu a mãe, sentiu-se desprotegida. Como reação a isso, manifesta o vitiligo, que significa a perda da melanina, agente de proteção cutânea da radiação. Ambas as perdas simbolizam a ausência de proteção.

Ela se depara com isso diante de um contexto que, além de não oferecer a sensação de proteção desejada, exige resposta a um ideal estético. É como se Mara passasse a ser a criança abandonada e feia.

Vemos que ocorre hoje, para muitos, um intenso investimento no corpo, no sentido de tentar mostrar uma perfeição que não pode ser alcançada. Surge, com

isso, a necessidade do olhar do outro como uma forma de espelhamento para a sobrevivência do eu, numa posição bastante primitiva do sujeito cuja vida dependia dos cuidados maternos na primeira infância.

A associação do surgimento dos sintomas do vitiligo, após a pessoa ter passado por um significativo estresse emocional, vem sendo apontado, por alguns estudos, como um dos fatores desencadeantes da experiência de perdas significativas (MULLER E RAMOS, 2004, SAMPAIO, RIVITTI, 2000). O sentimento de perda pode corresponder ao que dissemos anteriormente, pois a relação rompida com o objeto suscita a sensação de ausência do espelho.

Posto isso, podemos entender, no caso de Mara, que a morte de sua mãe tenha significado também a perda de uma figura referencial de sua condição de mulher, pois ela alude à mãe como sendo uma mulher passiva, que não atrapalhava ninguém e, por isso, vivia feliz, ou seja, uma figura que ela gostaria de ser, como disse; por isso, investe tanto na contenção de seu prazer e sua agressividade.

Se a mãe, enquanto modelo, lhe oferecia recursos repressivos do desejo pela reflexão, com sua morte resta à Mara a refração, desviando sua referência para a doença, e essa passa a atuar na sua vida como limitadora do prazer.²⁶ A eclosão da doença parece assinalar a perda daquilo que lhe dá o colorido e, com isso, sua pele despigmenta-se.

Mara também associa, em sua história, uma experiência significativa no agravamento da doença. No ápice da crise de seu casamento, quando descobre a traição do marido, ela não suportou emoção somatizando e manipulando o corpo até a eclosão de lesões.

“eu perdi o controle da situação. Eu comecei perceber que eu estava ficando mais acelerada, o coração tava assim... eu tava ficando muito nervosa, muito nervosa, aí comecei a sentir que a minha perna começou a coçar, coçar, a sair bolinha, comecei a tomar sol, porque

²⁶ Parece haver com isso um equivalente na Óptica, parte da Física que estuda as leis relativas às radiações luminosas e aos fenômenos da visão, que utiliza o conceito de *Refletir* como fazer retroceder a luz a seu próprio objeto, e *Refratar* como desviar a luz de sua primitiva direção. Extraído de Houaiss, Villar, e Franco. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

o sol melhora, né? Aí não teve como controlar mesmo, não teve... quando eu fui ver, quando eu olhei pro meu corpo, eu tava, já estava inteirinha com lesão, mas foi isso, foi porque eu descobri que ele tava é ... se encontrando com outra pessoa enquanto eu tava trabalhando, né? Ai, eu fiquei muito magoada, eu falei, nossa! Agora acabou, não tem mais jeito, né?” (Laura).

O comportamento de Laura sugere a tomada de uma atitude em que ela tem consciência de ter provocado os sintomas. Embora não seja esse o fator etiológico da psoríase, sua atitude de coçar serviu como um agente desencadeante. Isso nos faz considerar que, ao menos por vezes, a doença pode se manifestar por reações provocadas pelo próprio paciente.

“salientamos o aspecto autodestrutivo da pele e do eu, pois, se não diferenciado da mãe, tende a voltar contra si a pulsão agressiva que teria a mãe como objetivo final, exatamente pelo processo de diferenciação. Como não reconhece o outro, volta contra si mesmo” (Dias et al., 2007, p. 31).

A perspectiva de ter sido traída pelo marido reproduz, com isso, o sentimento de ser preterida, tantas vezes já experimentado por Laura.

Sua atitude, entretanto, sugere que ela use a doença como um recurso de presentificação de si mesma. Anzieu (1989, p. 23) observou que a atitude de manipulação e agressão do próprio corpo representa para o sujeito “tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu”. Ao considerarmos isso, vemos que uma mesma atitude, que lhe confere a sensação de delimitação corporal, também interfere na manifestação da doença.

Temos aqui um ponto importante a considerar: é possível que sua doença se apresente como a via de identificação com o eu verdadeiro, demarcado no próprio corpo. Porém, sua sensação é de desamparo, um estado primitivo que parece não ter sido bem elaborado por Laura. Sua história é marcada pela renúncia do desejo, uma vez que, na identificação com o ideal, sente-se depreciada.

“Porque eu tenho vergonha, porque eu não gosto que as pessoas perguntem o que que eu tenho. Eu me sinto assim, diferente de todo mundo, quando sai essas lesões, ninguém vai gostar de ver isso, eu chego a culpar até a minha mãe ‘mãe, por que que a senhora me fez desse jeito?’” (Laura).

Uma consideração importante aqui é que ela culpabiliza alguém por ser como é; no caso, a mãe. Isso parece representar a percepção, por sua parte, de que seus padrões são dirigidos pelo outro. A mãe que a fez ser como ela é. Existe então uma contradição, pois se a mãe, como o outro, lhe concebe dessa maneira, ela responde a qual modelo quando quer ser diferente? Também de um outro. Ou seja, Laura caracteriza uma condição comum no sujeito contemporâneo de se ver capturado por padrões que distam de sua real necessidade, e passam a ser incorporados como uma necessidade de responder para o outro o que é tido como ideal.

Ela sente, ainda, que pode não ser aceita pelo outro por ter sua diferença marcada na pele. Com isso, encontra um obstáculo no seu percurso. Embora seu investimento nesse sentido se torna mais restrito, Laura não deixa de buscar uma via compensatória para reparar sua sensação de rejeição provocada pela aparência da doença.

“Eu, preocupação com a aparência? Claro que tenho. E tem outra coisa também, tenho um pouco de vergonha de conversar e de dar risada assim. Eu tenho essa falha aqui deste lado do dente, e eu não era assim. Meus dentes eram lindos, lindos, eu sinto muita falta, sabe? Principalmente porque eu trabalho com o público, dos outros ficarem vendo. Eu já cheguei até a achar que eu não vou arrumar outro namorado. Então, eu preciso, eu preciso mesmo melhorar, já que a psoríase não tem cura, né? [...] meu sonho é colocar uma prótese aonde eu tenho algumas falhas. Pra mim, isso vai ser a maior realização da minha vida (Laura).

Na colocação acima, podemos observar que Laura ainda sonha em se sentir mais bonita, apesar de acreditar que isso não ocorra com a melhora da psoríase. Acredita que seu desejo de cuidar da aparência pode ser compensado pela colocação da prótese dentária, e poderá reviver com isso a emoção de se sentir mais bonita, pois já havia encontrado anteriormente a beleza em si.

Se usamos seu sentido semântico, a prótese funciona como um dispositivo implantado no corpo para suprir a falta. Ela apresenta, em seu discurso, esse sentimento de falta, como algo incompleto. Sua grande realização parece ser o de tapar as falhas do vazio, e para isso se ocupa do desejo de completar a lacuna entre o eu e o outro. Mas como só o desejo não garante a satisfação, ocorre para ela um mal-estar difuso, um sentido de vazio e, por consequente, o receio do desamparo.

“Parece que nunca eu tava completa, nunca eu realizava tudo e isso eu ficava muito sobrecarregada, muito cansada. Isso dá aquele vazio!” (Laura).

Duas manifestações, a princípio, distintas, mas, sobretudo, complementares, pois falam da falta. Laura se angustia com a falta que provoca o vazio, que não a completa, assim com Wilma lhe faz faltar a pele, como órgão de limite e de contato. Ela procura negar a pele que tem.

“antigamente, eu olhava muito pra minha pele; hoje em dia, eu esqueci de olhar que eu tenho pele. Eu só lembro que eu tenho pele na hora que eu entro no Souza Lima,²⁷ verdade! Porque se eu olhar pra minha pele, eu não vivo realmente, porque desde que eu me conheço por gente eu tenho esse problema de pele” (Wilma)

²⁷ Ela se refere ao Instituto “Lauro de Souza Lima”, em Bauru, Estado de São Paulo, local onde faz seu tratamento dermatológico.

Quando Wilma refere que esquece ter pele, fala com isso da ausência no corpo. No seu caso, a negação da pele, como parte constitutiva do corpo, pode ser entendido como a sensação de ausência do limite, em que não deixa claro o que é interno ou externo. Seu desejo de ser bonita não pode ser delineado nos limites do corpo, pois do contrário, tem que assumir seu corpo erógeno.

Tal como vemos em Freud, nos *Três ensaios* (1905), que o corpo erógeno é sustentado por um corpo vivo. A castração do desejo foi o recurso encontrado por ela para suportar a frustração. Isso também ocorre com Laura quando tinha receio de se mostrar erotizada para o marido.

“com a psoríase, eu tinha as minhas estratégias, né? Porque também eu não poderia evitar tanto assim, né? Mas eu evitava ficar nua perto dele, né? Eu... tinha vergonha, né? tipo dele me tocar e sentir alguma coisa no meu corpo” (Laura).

“Não sei se era por parte dele, mas quando eu tava com psoríase, eu, eu evitava ficar com roupas íntimas perto dele direto e... nem dormir com ele eu dormia” (Laura).

Até mesmo com o marido, evitava se expor, bem como o contato físico. Chega a relatar que, por vezes, não se permitia a qualquer evento de intimidade por sentir vergonha de seu corpo. Na tentativa de evitar o sofrimento, passou a evitar também o prazer, reprimindo seu desejo. Fica claro, quando ela fala, que quem não gostava de seu corpo era ela mesma, pois não via uma manifestação clara de seu marido reprovando-a. Sua identificação como diferente do ideal a faz conter o desejo, usando como um dos recursos roupas que encobrem os sintomas. Mas isso parece não bastar, pois sua percepção sobre o objeto faz parte da maneira como acredita ser a percepção do outro sobre si. Mesmo quando o marido a elogiava, ela não acreditava. A traição por parte do marido afirmou sua crença de preterida. Chegou a relatar que sentiu mais por ele não a ter desejado como ela é do que do que por ter ficado com outra mulher.

“Então, aí quando saía as lesões, eu tentava não mostrar, não mostrar. Quantas das vezes eu tava, tinha as lesões e ele nem percebeu de tanto que eu evitava ele, evitava, mesmo, mostrar pra ele que eu tinha” (Laura).

Ela diz evitar se expor para o marido diante da manifestação das lesões, o risco que sentia de ser rejeitada já a colocava nessa posição. Sua profecia parecia se realizar. Por diversas vezes, percebia que não tinha um objeto claro para atribuir a responsabilidade de suas atitudes de evitação.

“Não sei nem direito se ele ficava percebendo, eu até preferia que ele não me olhasse, assim. É claro que eu queria que ele me olhasse, mas que não me visse do jeito que eu me vejo. Aliás, nem sei direito se as pessoas me olham ou como me olham, parece que olham e falam ‘olha lá ela, que coitada! É tão bonita, mas fica toda feia com essa pele doente’. As vezes, acho que sou eu mesma que penso isso, apesar que as pessoas também pensam, mas é difícil eu pensar diferente” (Laura).

Laura leva em consideração a influência de seu olhar sobre o sofrimento, mas parece querer, ainda assim, atribuir ao outro essa responsabilidade, pois entende que é difícil pra si aceitar um corpo que não é aceito pelo outro.

Seu discurso mostra certa falta de nitidez de quem define se ela é bonita ou feia. A bem da verdade, isso caracteriza um conflito contemporâneo em que o sujeito do discurso não tem definido, com clareza, quem é seu interlocutor na definição dos parâmetros culturais a serem seguidos.

A multipadronagem de imagens construídas na atualidade provoca uma confusão na “escolha”. O fato de estar diante de diversas possibilidades de expor seu corpo não provoca o alívio prometido; ao contrário, o sujeito parece viver uma grande angústia numa tentativa inatingível de participar das diversas tribos, ou seja,

corresponder a modelos distintos de padrão estético. Fato é que, no inverso da liberdade de escolha, está a captura do sujeito pelo ideal imagético.

Tomando esse referencial como contexto, os ideais de beleza são implacáveis com aqueles que sofrem com alterações significativas de sua imagem por causa da doença, como é o caso de muitos pacientes com dermatoses.

Parece haver um equivalente de proporcionalidade, quando observamos, na rotina de atendimento desses pacientes, que, quanto mais o corpo ganha papel de destaque na sociedade do espetáculo, mais denso torna seu investimento em ocultar sua imagem de indesejável.

“eu fico achando assim, nossa! Se alguém olhar em mim e ver minha pele, vai achar, nossa! Que mulher feia! Olha a pele dela! Aí leva um susto. Eu foco muito, eu acho que faz bem parte do seu dia-a-dia, então eu prefiro nem ver se alguém vai achar feia ou vai gostar” (Wilma).

Apesar de o sujeito que convive com a dermatose também desejar ser escolhido como objeto pelo outro, correspondente a um modelo de ideal, seu investimento maior é destinado ao controle desse desejo. O receio de frustrar-se é mais dimensionado do que a possibilidade de ser aceito.

“Se alguém olhar em você e achar você feia por causa da sua aparência, com certeza ela vai mexer com o seu ser, então eu assim nem prefiro saber se eu sou feia [...] Você fica uma pessoa depressiva, angustiada, entendeu? Por isso que você tem que fugir de certas pessoas, da sua vida” (Wilma).

“se a pessoa chegar em mim e falar que eu tô horrível, ‘nossa! você fica bem feia assim, quando você tá assim desse jeito’, sou capaz de entrar no meu quarto e não sair mais [...] Não, não quero ficar feia prá ninguém. Eu quero que as pessoas..., eu me preocupo muito com o

que as pessoas pensam. Quero que as pessoas olhem prá mim e falem ‘olha! a Laura tá bem agora, né? tá bonita!’ (Laura)

Sob essa perspectiva, podemos compreender certo estreitamento entre o que é bonito e o que é feio. Para Feitosa (2004), “o feio é o outro lado do belo”. Não quer dizer com isso que o feio é simplesmente o oposto do belo, mas um momento na ideia do belo. Diz ele que

“Uma análise mais aprofundada das estéticas tradicionais do feio, aquela que a compreendem como o outro do belo, talvez mostre que, na verdade, nossa repulsa emerge da incapacidade de lidar com o outro de maneira geral” (p. 33-4).

O corpo adoecido deixa de ser suporte para o erótico quando o ideário da sedução é mediado por padrões excludentes de beleza. Wilma e Laura encontram na pele a barreira do erotismo. Feitosa nos propõe ainda que a feiúra se vincula ao sensível através da sensualidade. O prazer sexual pode ser o mais belo como também o mais feio moralmente de se ver, por isso é tão ocultado. Segundo o autor,

“Freud defendia a tese de que o conceito de beleza estaria originalmente associado ao estímulo sexual, mas se intrigava com o fato de que olhar o objeto de desejo despertasse sensações ambíguas: de um lado, excitação; do outro, aversão provocada pela feiúra” (p. 33).

Wilma vê o receio pela aversão do marido caracterizado na sua pele. Parece entender a ambiguidade provocada pela erotização do corpo associada à beleza.

“Devido ao meu problema de pele, eu era uma pessoa muito apegada ao meu ex-marido, né? Que a minha pele me atrapalhava até eu viver como pessoa, como mulher. Eu achava que a minha pele atrapalhava até o meu problema amoroso, até eu achava que eu tinha que ter uma pele bonita, né? pra mim ter um relacionamento com ele” (Wilma).

Wilma tem consciência de seus problemas, e entende que sua pele escancara seus sintomas, e não consegue modificá-los. O que pode ocorrer num primeiro momento são os deslocamentos de um pensamento para o outro, que tem como consequência a negação de sua pele, ou seja, de seu representante corporal externo. Com isso, não parece definido claramente o limite corporal cutâneo que envolve o sujeito interiorizado e o outro.

“Só que eu aprendi isso: eu aprendi a não olhar a minha pele, sabe? Eu acho que tá me fazendo bem, porque se eu olhar, realmente, não me faz bem” (Wilma).

O sentimento de segurança do sujeito é abalado pela dúvida na delimitação das fronteiras entre o eu e o não-eu. Resulta disso um significativo sentimento de desamparo por parte de Wilma, em que não vê no outro a possibilidade de busca de novas formas de vínculo. Deixa claro que, após sua separação, tem dificuldades de investir num outro relacionamento amoroso, pois lhe parece custoso ter de expor seu sofrimento, mesmo que para conviver com alguém. Sua fala sugere uma resistência à conscientização dos efeitos psíquicos provocados pela doença.

“eu fiquei em paz, eu achava assim: que já que esse problema de pele me atingiu nesse aspecto, eu procurei ficar em paz pra não ter outro tipo de sofrimento, entendeu? Porque se você tiver um relacionamento com alguém, com certeza você vai ter que explicar o que você tem na sua pele e isso me martiriza muito, então eu preciso ficar do jeito que eu tô porque, pelo menos, eu não mexo com o meu psicológico” (Wilma).

Uma relação parecida com essa foi descrita por Freud em *O sentido dos sintomas* (1916-7) ao analisar casos de neurose obsessiva. Ele ressalta dizendo

que, nessa situação, é possível observar um aumento no sentimento de indecisão, consequente perda de energia e restrição da liberdade.

O desejo de identificar-se com o ideal tende a levar o sujeito a agir com certa rigidez diante das mudanças impostas pela realidade, tornando-o capturado por demandas sacrificantes. Isso pode ser observado no discurso de Wilma e Laura, pois, em algumas situações, elas abrem mão não só da satisfação sexual, bem como do convívio social e do lazer por receio da desaprovação do outro mediante a doença.

“eu não tinha... vontade de, de curtir lazer, porque eu achava que todo mundo olhar pra minha pele [...] devido a esse problema de pele mesmo, né? Porque já me atrapalhou, né? Então eu fiquei assim, eu fiquei assim, uma pessoa sem lazer, realmente” (Wilma).

“tô com psoríase, tô com um problema na pele ainda. Minha pele tá feia! Então eu fico colocando esse tipo de obstáculo pra poder não ir mesmo” (Laura).

“eu tava em um lugar que eu não conseguia mesmo,²⁸ sabe? Me desculpe? disfarcei um monte para não desagradar ela e a minha outra amiga, mas eu não via a hora dela falar assim: ‘vamos embora?’ Então, eu não gostei muito não. Então, faz tempo que eu não saio. É muito difícil fazer isso, parece que os outros ficam olhando e vendo que você tem psoríase” (Laura).

Restringir sua participação social é para Laura uma forma de obstaculizar o contato com o outro, no sentido de evitar ser concebida pela imagem prevalente da doença.

²⁸ Na busca do lazer, e para ter a companhia de amigas, Laura foi a um lugar que não gostava. Ela relata que eventualmente fazia isso, fato que, segundo ela, provava que não deveria sair de casa.

“eu coloco isso como obstáculo porque, por exemplo, se eu tiver que sair e for numa praia, com um pessoal, com um amigo numa excursão, eu não vou de jeito nenhum, não vou! Não quero ser o centro das atenções de todo mundo. Queria ser o centro das atenções como a morena da pele linda, não a menina cheia de lesão no corpo” (Laura).

Laura mostra seu desejo de chamar a atenção do outro, embora prefira negá-lo se isso ocorrer pela perspectiva da doença. Quer ser reconhecida pela beleza que percebe ter, mas que acredita não ser compartilhada pelo outro.

Não parece ser tranquilo para ela deparar-se com o olhar do outro, que exerce uma significativa influência no seu equilíbrio emocional pelo fato de não conseguir encontrar, no seu grupo, o lugar que gostaria de ocupar. Para não se ocupar do lugar da loucura, Laura lança mão do controle emocional pelo uso de medicamentos.

“eu tomo antidepressivo. Já tem aquele, já soa assim ‘nossa, é louca!’ Então, eu tô me tentando me controlar mesmo com medicamento. Nunca achei que eu fosse precisar tomar, mas tô tentando, tô tomando... remédio mesmo pra melhorar a cabeça pro corpo ficar bom ” (Laura).

Podemos olhar seu relato num primeiro momento como uma compreensão leiga de uma relação psicossomática na determinação do sintoma, e é muito provável que essa relação exista, porém, um olhar mais minucioso, nos faz observar que ela descobre uma maneira de controlar “sua loucura”, ou por que não dizer? A manifestação psíquica que vai além dos padrões comportamentais aceitos, numa atitude de responder passivamente uma demanda que lhe é imposta.

Isso pode ser observado quando ela relaciona sua percepção no espelho, como aquilo que identifica como sendo mais próximo ao ideal.

“porque se eu me olhar no espelho e ver que eu tô bem, parece que lá dentro também melhora e a psoríase não, não vem, sabe? Se eu tiver bem comigo mesma, ela não vai aparecer, eu sei disso. Então, eu tento cuidar da minha imagem, do meu corpo, tento ficar mais bonita pra mim mesma” (Laura).

Quando percebe que está bem, a doença também melhora. Assim nos torna claro o uso dos sintomas como uma forma de ocultar o que não está bem psiquicamente.

Eu falo que eu perco muito tempo na frente do espelho pra ver se, nossa! Às vezes, eu chego até perder o ônibus porque eu tava lá olhando pra ver se não tá aparecendo nada. Então, muda bastante mesmo a rotina” (Laura).

Ela manifesta a reação de Narciso ante o espelho numa tentativa de identificar os sinais da doença. Quando os sintomas desaparecem, ela age com maior satisfação nessa experiência expectral. Porém, diante de um sinal da doença, ela tende a fazer da parte o todo, e a revivência dos sentimentos ligados à negação de si mesma vêm à tona. Compreende, contudo, que suas reações respondem a padrões determinantes do ideal:

“Ah, com certeza, tem padrão, mas eu... pra falar a verdade, eu sei que eu acho que eu não vou conseguir, eu acho que eu não vou conseguir chegar num padrão que eu gostaria de ter, assim, mas vou indo, né? Vou até, vou, eu faço o que eu posso fazer, né?” (Laura).

Ela identifica a existência de um padrão que corresponde ao modelo idealizado de beleza, bem como tem a consciência de esse ser inatingível, mas mesmo assim investe num objetivo que ela mesma não sustenta.

Isso parece influenciar suas expectativas frente ao seu imaginário de felicidade. Quando questionada, se sente feliz. Apesar da doença, Laura diz:

“me sinto cheia de, com os problemas todos que eu venho enfrentando, eu tenho um sentimento lá dentro de felicidade, de esperança, de saber que as coisas vão mudar, as coisas vai melhorar pra mim, e eu vou ficar bonita. As pessoas vão gostar de mim como eu sou, mas sem as feridas, sem as manchas” (Laura).

Seu sentimento de felicidade corresponde à sua forma de reagir ao outro, “fica lá dentro”. Parece que só acredita na possibilidade de ser feliz se ocorrerem mudanças. Vê, por um lado, que uma melhora nos sintomas poderia representar a mudança, e isso a faz acreditar que será mais aceita. Nesse caso, a representatividade da beleza é entendido como um critério de aprovação. Mesmo que a doença seja vivida por Laura como um dos determinantes de seus sentimentos de rejeição, ela ainda se apoia na perspectiva da felicidade. Apesar do sofrimento, a esperança de superá-lo mostra-se como um sinal de que suas reações de evitação do contato com o outro não rompe com o imaginário e o desejo de ser feliz, mesmo que para isso ela ainda se apegue na condição de ficar bonita, condição esta que, paradoxalmente, corresponde a constituir a beleza para o outro.

Costa (2004) diz que a identidade egóica é moldada pelo que o outro apresenta sobre a imagem corporal. No caso de Wilma e Laura, podemos ver essa influência na percepção de seu corpo interferindo na percepção de si mesma. Diz ele que o outro

“atribui ao sujeito uma completude física, emocional e moral proporcional à sua fantasia de perfeição e exige em troca a submissão a esse ideal. Uma vez preso na montagem, o sujeito usará sua imagem corporal para sustentar o interesse do outro por si. As qualidades sentimentais ou morais que se acrescentarão a essa imagem apenas virão reforçar o desejo de responder ao desejo de perfeição do outro. O eu, pelo resto da vida, tenderá a fazer da imagem corporal a moeda de troca na transação com o outro idealizado” (p. 73).

Em *Sobre o narcisismo*, Freud afirma que o eu é uma projeção da superfície corporal, ou seja, é um correlato da forma corpórea. Assim sendo, a influência do corpo é inerente ao desenvolvimento psíquico e a formação do eu. Isso fica bastante claro não só em Freud, mas no desenvolvimento posterior de toda teoria psicanalítica.

O modelo do ideal que determina a característica de seu sofrimento é o mesmo que a faz investir na esperança de satisfação.

Nosso desejo é de ser desejado pelo outro; assim, nossa satisfação será guiada por uma idealização da imagem corporal criada por esse. Para isso, parece valer qualquer sacrifício para Laura no sentido de melhorar seus sintomas.

“eu já fiz tanta coisa, pedi dinheiro emprestado, já pedi... cartão emprestado, mas nunca deixava de, de passar meus medicamentos. Dava um jeito. Não sei de onde saía uma força de dentro de mim. Eu sei que não podia ficar daquele jeito, ninguém gosta de ver a gente assim; por isso, que eu quero sarar rapidinho” (Laura).

Diante de alguns limites para fazer o tratamento, as pacientes buscavam vários recursos para conseguir realizá-los. Laura deixa bem clara a sua disposição para “dar um jeito”, pois queria ser aceita, e o tratamento, os medicamentos eram a chave para seu acesso ao objeto.

Podemos supor, com isso, que o sujeito capturado pelas exigências do ideal de bem-estar investe tanto no sentido de evitar ou minimizar seu sofrimento quanto no devir da satisfação. Embora a expectativa imediatista do prazer seja uma marca do contemporâneo, os sinais que caracterizam a diferença parece exercer influência na disposição do sujeito para o investimento.

Isso pode ser entendido quando Laura diz que o tempo tomado por ela para cuidar dos sintomas da doença é um tempo perdido, pois tende a realizar um alto investimento que se torna desgastante por ser efêmero.

“Fico mal mesmo, nossa! Eu detesto, porque parece que eu perco muito tempo na minha vida. Eu perco tempo mesmo, eu perco tempo limpando a minha cabeça, é, se eu tenho que... por exemplo, se eu tenho que vim trabalhar, ou sair, vamos supor, sair, eu tenho que começar a me arrumar pelo menos uma hora antes, porque enquanto eu não vejo que não tem nenhuma casca aparecendo no meu cabelo, ou meu rosto tá certinho, não tem nenhuma lesão aparecendo, eu não saio de casa, sabe?” (Laura)

Ela realiza um ritual de transformação a cada dia no sentido de maquiar os sintomas da psoríase, procurando uma forma de eliminar todos os sinais que a faz sentir como diferente, mesmo que isso tome seu tempo. É importante ressaltar que, no que tange ao tempo, o cotidiano é o cenário de nossas experiências, é onde se constitui a subjetividade.

O investimento destinado pelos pacientes no sentido de realizar o tratamento, de evitar a exposição de sintomas, ou até mesmo na vivência dos conflitos psíquicos, é outro fator a ser considerado. Em muitos casos, exigem uma grande disposição por parte dos pacientes. É o que podemos ver na fala de Wilma:

“eu que convivo com essa enfermidade, eu sei o que que ela faz comigo: ela aparece do nada, tem que fazer biópsia, tem que marcar cirurgia, e você tem que fazer cirurgia, você tem que voltar pra casa, você tem que ir lá retirar os pontos, atrapalha demais, dependendo do local que você fez a cirurgia, você não pode fazer nada” (Wilma).

Além do tratamento elas usam outros recursos para amenizar o impacto causado pelos sintomas. O sentimento de mau-estar provocado pela percepção de que o outro possa julgá-las provoca uma sensação de vulnerabilidade, fazendo com que busquem recursos de proteção.

“todo mundo olha pra minha pele, né? Então parecia que eu ... eu me envergonhava da minha pele, realmente. Até hoje, eu sou assim, sabe? porque eu procuro não expor a minha pele, né? Eu não uso roupas decotadas, eu uso sempre blusinha fechada e é satisfatório porque eu acho que meu ser” (Wilma).

“pedi pelo amor de Deus pra doutora me afastar do emprego enquanto eu tava daquele jeito, mas não! Eu, eu daí arrumei um jeito, peguei uma blusa de manga comprida [...] uma estratégia pra não, não me prejudicar no serviço e, com certeza não me prejudicou (Laura).

A estratégia usada por Laura é investida no sentido de criar uma proteção, o uso de uma roupa que cobre seu corpo e os sintomas, bem como para Wilma que usa roupas fechadas para não expor a pele doente. Quando Anzieu (1989) sugere que a pele pode ser vista como vestimenta do corpo, entendemos que ela doente é o tecido roto que recai sobre o corpo e, assim, se torna necessário (re)vesti-lo.

Porém, a roupa não é o único revestimento para a pele. A necessidade de proteção cutânea torna necessário e possível o uso de outros recursos de defesa para o corpo.

“parece que é mágica. Você passa assim e ela sai rápido, só que ela tem efeito rebote, né? Nesse, eu tenho consciência que tem e passava, porque ela aliviava a coceira e a médica sempre fala prá mim que ela não, não receita essa pomada pra mim, mas eu fico tão desesperada quando sai a psoríase no meu corpo, que... nossa! Se vier alguém e falar pra mim ‘ó! toma esse vidro de álcool aqui que é bom prá psoríase, eu vou lá e tomo” (Laura).

O uso da pomada como uma terapêutica emergencial é comum para muitos pacientes. Laura acredita num efeito mágico, fantasioso, como um gesto primário que a exime de assumir a doença pela manifestação dos sintomas. A pomada é usada como uma maquiagem para mantê-la bonita, pois ela tem consciência de ser um recurso temporário.

Podemos pensar também no uso frequente e intenso das pomadas como uma forma de proteção, pois serve como uma película que envolve seu corpo (uma outra pele).

A pomada é absorvida pela pele, como propósito terapêutico; ocorre, assim, uma incorporação do objeto protetor que alivia seus sintomas físicos, mas que também minimizava seu sofrimento psíquico diante da possibilidade de a doença se manifestar.

Embora a psoríase, como tantas outras dermatoses, seja uma doença crônica e, por sua vez, exige uma atitude terapêutica e preventiva constante, a principal preocupação da maioria dos pacientes é com a característica dos sintomas e o impacto que pode causar diante do outro. Na maioria das vezes, são sintomas que não doem, não oferecem risco de morte, não exigem repouso ou afastamento das atividades cotidianas, enfim, supostamente suportáveis por qualquer pessoa quando comparado a doenças mais graves no que diz respeito ao corpo físico. No entanto, essa diferença não é sentida dessa forma pelos pacientes. O sentimento de ter o sofrimento visível para o outro frustra o desejo de perfeição.

A evidência de marcas expressas na pele, como diz Anzieu (1989), no invólucro do corpo, torna visível para o paciente dermatológico o estigma de sua frustração, e o faz escancarar que não corresponde ao ideal de eu quando se considera a expectativa da estética corporal no sujeito contemporâneo.

Quando pensamos no adoecimento dermatológico, com a manifestação sintomática da pele, é importante lembrar que uma das funções psíquicas da pele, segundo Anzieu (1989), é a de estabelecer um limite entre eu e o outro.

Parece que essa função não consegue ser estabelecida de forma prazerosa quando o sujeito, na atualidade, é invadido por perspectivas de um ideal de eu que cultua o bem-estar e a felicidade produzida na experiência corpórea, criando assim exigências de satisfação as quais vão além das condições somáticas.

Isso equivale à leitura de Roudinesco (2000) sobre a busca da satisfação marcada pelo excessivo pulsional, a saber, o prazer tendo que ser obtido a qualquer preço, mesmo que se transponham as barreiras somáticas. Nesse sentido, parece evidenciar a condição própria dos limites corporais, de não conseguir estabelecer, através da pele, as fronteiras entre eu e o outro. O sujeito é invadido por determinações impostas a ele de forma intransigente.

“Uma hipótese viável é que o adoecimento de pele esteja exatamente relacionado à dificuldade de limitações entre o eu e o não-eu. Num desejo regressivo de retomada da relação fusional com a mãe, em que são experimentados sentimentos de unidade, cuja sensação se busca por toda a vida adulta repetir, de forma mais ou menos madura, nas relações com os pares, em que se incluem todas as formas de relação” Dias et al. (2007, p. 28).

Se compreendemos, como Anzieu (1989), a pele como órgão de continência do interior, por sua vez do universo subjetivo, a insuficiência do corpo manifesta na doença pode comprometer sua capacidade de conter, tornando vulnerável a privacidade do conteúdo psíquico. Observamos, em diversos atendimentos desses pacientes, uma grande preocupação de que o outro possa conhecer seu universo pessoal, quando relatam que cuidam demais para que as pessoas não vejam essa sua faceta.

Se, por um lado, investimos num grande esforço para ocultar nossos fantasmas ao nos protegemos de diversas maneiras; por outro, nos desnudamos diante da vulnerabilidade que uma doença pode submeter o corpo.

O sujeito se depara com o medo de que o outro possa descobrir suas fraquezas, limites, medos, conflitos, desejos, enfim, o aspecto de seu universo subjetivo que não corresponda ao eu idealizado pela cultura. O ideal de estética, nesse caso, não corresponde apenas ao aparato físico. A ilusão de se obter uma felicidade plena como resposta ao mal-estar contemporâneo parece não combinar com a revelação do sofrimento.

Nas dermatoses, a manifestação exposta dos sintomas exacerba a ferida narcísica. Costa (2004) lembra bem a noção de “abjeto”, discutido a partir de Lacan, que corresponde a um obstáculo à inscrição simbólica, com a expulsão de tudo que

é sujo do corpo (tais como fezes, suor, urina, sangue), o componente estranho na perspectiva do sujeito.

O mal-estar vivido pelos paciente com dermatoses não se restringe apenas às fantasias de rejeição do outro. O corpo físico manifesta reações comumente desagradáveis ao sujeito, que provocam nojo e repulsa. O sintoma dermatológico é um equivalente à noção de abjeto quando apresenta os sinais de feridas, reações purulentas, odores desagradáveis, secreções diversas, descamação (“cascas”), dentre tantos outros.

As exigências do ideal acirram na contemporaneidade o antagonismo do paciente dermatológico de viver no limite representado pela pele, isto é, o que é tomado por um universo pessoal e íntimo, e o que é apresentado para o outro como sendo ele próprio.

Costa (2004) assinala três mudanças na esfera subjetiva que foram determinantes numa nova condição desse antagonismo. Diz ele que são *O imaginário da perfeição, O imaginário da recalcitrância e da abjeção* e, por fim, *as narrativas sobre as falhas na imagem corporal*.

Com relação à primeira mudança apontada por ele, vemos que uma série de novos recursos da ciência e da tecnologia instigaram e viabilizaram o imaginário da perfeição no sentido de obter resultados mais proeminentes na estética do corpo. A noção de perfeição sentimental do homem romântico dá lugar ao ideal do corpo modelado nas clínicas, academias, cirurgias, além de uma reformulação da imagem difundida pela mídia.

O aumento significativo da valorização da imagem denota um caminho diferente em que o sujeito se transforma fisicamente com o intuito da sedução do outro, ainda que capturado por um modelo protocolar do ideal. Destaca Costa que:

“o sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pelas possibilidades de transformação física (...) o corpo físico em sua dimensão de esquema, volta a ser julgado como causa real da ferida narcísica, mostrando a compulsão do eu para causar o desejo do outro para si mesmo, mediante a idealização da própria imagem” (2004, p. 77).

A expectativa de “cura”, por um lado, daquilo tido como fora de padrões do corpo ideal e, por outro, da ideia de cura de uma doença que compromete a plástica física, criam, em igual proporção, o desejo do abjeto ser negado enquanto realidade e transformado num objeto de desejo. O sujeito sente-se amedrotado pela possibilidade de não ser objeto de interesse do outro. Como disse Laura:

“se eu pudesse, eu trocaria toda minha pele, colocaria uma pele lisinha, limpinha, não ia mais mostrar essa coisa ... essa casca toda pros outros. Porque, quando eu fico boa, eu nem lembro da psoríase, parece que não faz parte de mim” (Laura).

Seu desejo alimentado pela fantasia é o de trocar a pele que a reveste por uma “limpinha”, que não a mostre. Seu corpo não representa quem gostaria de ser. Deseja a transformação para responder à demanda do outro. Parece, com isso, que a pele, enquanto continente, molda com tons grotescos o desenho de sua subjetividade. É significativa a fala de Wilma nesse sentido:

“eu acho que a minha pele deforma a minha pessoa” (Wilma).

A doença parece traçar o caminho a ser percorrido na constituição da subjetividade. Os modelos determinantes do ideal interferem no sentido de dispor, para o sujeito, uma via estreitada para a satisfação corporal. Com isso, o corpo pode causar a sensação de estranheza do sujeito para com seus impulsos, e por sua vez, a identificação com padrões de perfeição, diga-se, de passagem, inatingíveis.

Isso não significaria uma nova característica da pulsão, mas a necessidade já especulada por Freud de entender seus destinos.

No desenvolvimento da Metapsicologia Freud apresentou, em 1915, já nos textos iniciais da segunda tópica, uma nova característica da pulsão, em que considerou, no texto *Os instintos e seus destinos* (1915a), que a pulsão é um conceito limite entre o psíquico e o somático, com a finalidade de buscar a satisfação, e o objeto como o meio pelo qual o sujeito realiza sua satisfação. Porém,

a pulsão só é encontrada via representação psíquica e pelo afeto. De acordo com Freud, não poderíamos identificá-la se assim não fosse. É o que enfatiza no seu texto *O Inconsciente* (1915b) apontando ainda que a pulsão só pode tornar consciente por meio de sua representação.

Ainda em *Os instintos e seus destinos*, ele destaca o papel do corpo habitado pelas pulsões ao dizer que a pulsão é

“o representante psíquico das excitações originadas no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal” (1915a, p. 2041).

Embora nosso objetivo aqui não seja o de discutir o papel da pulsão²⁹, é de grande importância visualizar essa relação quando propomos discutir a relação do sujeito com seu corpo, seja na busca da satisfação, seja na experiência do sofrimento. Embora a pulsão se destine à satisfação, utilizando-se do corpo como via de acesso, nem sempre isso ocorre. A interdição da satisfação pela via somática tende a manifestar-se pela frustração. O adoecimento, entendido por essa vertente, a da interdição, frustra o sujeito no seu projeto de felicidade e perfeição narcísica.

O investimento egóico é, primordialmente, dirigido pelo princípio do prazer, de acordo com Freud; entretanto, diante de um contexto desfavorável, esse ocorre de maneira reduzida no sentido de evitar a dor e o sofrimento. A influência do ideal na determinação do desejo e do gozo faz com que o investimento seja inibido quando a sensação do risco é iminente para o sujeito. Como disse Freud em *O mal-estar*, “é impossível desprezar o ponto até o qual a civilização é construída sobre uma renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação” (p. 3038). O gozo fica relegado ao segundo plano. Em consonância a isso, Costa (1988, p. []) também diz que:

“O psiquismo pode inibir ou permitir a descarga pulsional em nome do mesmo princípio do prazer, como de resto Freud afirma explicitamente em suas considerações sobre o princípio da realidade. Eros tem uma

²⁹ Isso pode ser mais bem explorado nos dois textos citados de Freud *O instinto e destinos da pulsões* (1915a) e *O Inconsciente* (1915b).

duplicidade de objetivos e o Ego narcísico encarrega-se de evitar a dor, o desprazer, o sofrimento ou a privação.”

Se pensarmos que, na contemporaneidade, vivemos diante da contradição entre a renúncia ao gozo e a busca de uma satisfação plena, a qualquer custo, vemos uma imposição da cultura atuante no sentido de falsear as sensações de frustração, colocando o sujeito à margem dos referenciais civilizatórios, no sentido de obter satisfações imediatas, mesmo que superficiais e fugazes. A exaltação contemporânea da individualidade e do auto-erotismo faz viver um retorno à experiência do bebê como majestade, onipotente diante do espelho.

No sentido de responder ao modelo cultural de satisfação, lembrando que hoje, redimensionado por uma nova perspectiva atribuída ao corpo e à estética, o desprazer é evitado a todo custo sustentado por uma ilusão reparadora da anatomia e da funcionalidade corporal, o que inclui o universo psíquico.

A doença é vivida como uma situação limitante no transcurso da vida do sujeito, e deve ser pensada sob dois aspectos: por um lado, é uma condição natural que fragiliza nossa força vital; por outro, é resultante dos modos como o sujeito atua na sua relação com o ambiente, especialmente nos cuidados pessoais para sua preservação, abrangendo, inclusive, o modo em que vive sua alteridade. O fato é que as condições restritivas para a satisfação do sujeito doente, diante de sua realidade, acentua a barreira do investimento no outro como objeto real, aumentando o espaço para a vivência da satisfação fantasiosa, muitas vezes obtida pelo auto-erotismo, se bem que, em outras, pela abdicação ao desejo.

Não pretendíamos compreender aqui quais foram os fatores determinantes na etiologia de seu adoecimento, mas, sim, a consequência dessa condição na vida do sujeito. Conviver com uma doença crônica como mediadora da satisfação parece minimizar, em muito, os recursos do sujeito na obtenção do gozo, seja pelos limites impostos pelo próprio corpo, seja pelas restrições da cultura.

Contudo, não podemos compreender o restritivo pulsional como derivado exclusivo da doença. A renúncia ao instinto é imperativo do processo civilizatório. É esse mesmo processo que delinea as possibilidades de satisfação do sujeito na contemporaneidade. A pele, como limite e continente do sujeito, simboliza hoje uma fronteira vulnerável à invasão da barbárie e do hedonismo da cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“desafios culturais inéditos tendem a ser vistos como insultos à tradição. Aquilo que não sabemos inscrever na linguagem dos valores tradicionais é facilmente etiquetado de perigoso e injurioso. A aspiração à segurança nos faz esquecer que o substrato da tradição é o tempo e a mudança, e que a sua gramática é permanentemente refeita pela incorporação de novos estilos de vida e visão de mundo.”
JURANDIR FREIRE COSTA³⁰

O uso do método qualitativo-clínico de pesquisa mostrou-se bastante adequado aos propósitos desta pesquisa, porque pode dar conta de tomar o discurso dos pacientes diante de sua experiência com o adoecimento.

A perspectiva de dar voz ao sujeito possibilitou-nos uma forma peculiar de compreensão da subjetividade, e demonstrou a evidente necessidade de que não devemos compreender a doença como uma condição própria de exclusão. A atenção deve passar pelo crivo da saúde, da responsabilidade que temos com o outro, no sentido de repensar nossas concepções sobre a saúde, a doença e a relação que estabelecemos com a subjetividade.

Nos últimos anos, o corpo ganhou uma dimensão jamais vista na história no que diz respeito ao investimento psíquico. Os discursos sobre o corpo são cada vez mais comuns desde a comunicação midiática ao cotidiano das pessoas. As normas regidas nessa comunicação impõem modelos de transformação monitorada por ideais, e traz, com isso, um conseqüente descontentamento, atualmente levado em conta nas discussões acadêmicas bem como nas conversas informais.

As medidas e formas desejadas como perfeito faz do sujeito um refém da ideia de só poder ser feliz ao responder a um padrão estabelecido de beleza. É a

³⁰ COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

manifestação de um sujeito que usa o corpo numa busca intensa pela erotização, com o objetivo de ser desejado.

Como o ideal de beleza não assume uma forma clara, bem definida e estável, parecem caber vários modelos de referência estética. Se isso, a princípio, sugere a oferta de um número maior de opções; por outro, é também de frustrações. Quando o sujeito investe na direção de um suposto modelo A de corpo, logo se frustra por não se direcionar para um modelo B. Ora seios maiores, ora menores, a cor da pele, dos cabelos, formato do abdome, e tantos outros modelos que não se permitem ser estáveis, pois existe uma permanente intervenção do mercado da estética que se alimenta da frustração de uma legião cada vez maior de pessoas que buscam a satisfação na mudança e eventual negação do próprio corpo.

Tem ocorrido, atualmente, uma banalização dos limites corporais. O corpo fica elástico diante dos “estica e puxas” das cirurgias plásticas, das mudanças drásticas do peso com o uso de dietas milagrosas, mas que não são incorporadas verdadeiramente pelo sujeito, além do sobre-esforço empenhado por um número maior de pessoas, sobretudo adolescentes, nas academias em busca de alcançar medidas que, por vezes, vão além da condição própria de cada pessoa.

Parece existir certa obsessão em torno do corpo, criando um sentimento de angústia e desorientação pessoal, e uma consequente crise no sujeito contemporâneo. Essa realidade revela uma alienação quanto ao próprio corpo, numa entrega quase irrestrita ao modelo criado pela cultura. A norma imposta ao superego determina um controle expressivo das pulsões, ignorando cada vez mais os movimentos desejantes do sujeito, desinvestidos em si em detrimento de um fora de si.

Passa a existir, então, um paradoxo em que, se por um lado o controle da pulsão é ampliado, encontramos no outro lado a busca pelo excessivo pulsional. Em síntese, vêm à tona algumas características conflitivas do homem contemporâneo, medida pelo extremismo no investimento quando se refere às experiências corpóreas.

Isso parece criar um agravante à subjetividade uma vez que não há como desvincular o eu intrínseco da sua corporeidade. A relação eu-corpo encara um

espelho desleal³¹ diante de intensos apelos imagéticos despejado cotidianamente na nossa frente. A identificação fica comprometida diante de tantos modelos.

Embora saibamos que não é nova a dificuldade de aceitar aquilo que é feio, segundo cada padrão de sua época, a discriminação sobressai para o paciente dermatológico, especialmente porque este carrega consigo duas marcas que historicamente são renegadas pelo social: a doença e a aparência provocada por essa.

A partir do momento em que se desenvolveram os primeiros recursos sistematizados da Medicina no sentido da cura, que foram ampliados com seus desdobramentos, a doença passou a ser vista concomitantemente com menos-valia. Atualmente, com os avanços nessa área, ampliados pelos conhecimentos das outras ciências da saúde e das ciências humanas, foram dispostos uma gama enorme de recursos para cuidar do sujeito.

A repercussão para o sujeito narcísico é a sensação de que ele se aproxima cada vez mais de seu primitivismo onipotente, em que o eu ideal parece ser um desígnio possível de ser alcançado. O equivalente disso é que temos cada vez mais dificuldades em aceitar o adoecimento e, por sua vez, a morte. Na atualidade, parece ser desprezível adoecer ou morrer por causas “fúteis”.

Quando a aparência é prejudicada pela doença, a ferida narcísica se agrava. Atualmente, a imagem também concorre com os atributos de um corpo saudável; sendo assim, a saúde ganha considerações sustentadas pelo ideal da estética. Compartilhamos com Breyton e Armênio (2001, []) quando dizem que, na contemporaneidade, “a intervenção sobre o corpo não é mais justificada pelo viés da saúde e da doença, através do qual a Medicina sempre justificou sua intervenção.”

Quando deseja a mudança do corpo nessa direção, o sujeito renuncia a si mesmo em detrimento do desenho traçado pelo ideal. Correspondendo a isso, observamos que, se, por um lado, a pele equivale ao limite entre o eu e o outro, a fronteira de seu corpo já não está mais nas mãos do sujeito.

Nesse sentido, o paciente dermatológico se vê com o risco de uma invasão de seu corpo exercida pelo outro que, nessa lógica, ameaça transgredir

³¹ Quando nos referimos à deslealdade, não se trata de um juízo de valor, mas de entender que o apelo cultural a uma imagem corporal idealizada ultrapassa os limites do eu-corporal.

suas fronteiras. Sente com isso que sua pele pode refletir seus desejos e sofrimentos, torná-lo vulnerável e, assim, ser assaltado de sua autonomia.

Não se trata aqui de querer impor limites à cultura. A mudança de modelos é própria da história, mas a cada tempo se faz necessário entender o modo como o sujeito lida com as novas referências. A contemporaneidade parece fazer emergir uma exigência sem precedentes ao corpo. Essa é uma preocupação que assola nossa rotina na clínica psicanalítica.

A necessidade de compreensão da estética como um modelo de identificação, que nos atravessa, faz lembrar Freud, em *O Estranho*, quando diz que “não se pretende reduzir a estética à doutrina da beleza, e sim considerá-la como ciência das qualidades de nossa sensibilidade” (p. 2483).

Na contemporaneidade, é marcante o desejo de ir além do limite do corpo como ideário de obtenção de prazer. Nesse mesmo contexto, o sentido inverso também se sobressai. Isso ocorre quando o sujeito desejante da satisfação pela via da imagem se encerra dentro do próprio corpo, quando não consegue responder às expectativas diante de um modelo estético de beleza difundido pela cultura.

Fica clara a presença de duas manifestações distintas diante dos limites de satisfação do eu-corporal. O limite assume, no primeiro caso, uma fronteira a ser derrubada; no segundo, a barreira do gozo. É manifesto com mais evidência o segundo caso quando falamos do sujeito que convive com dermatoses.

Retomamos aqui o sentido atribuído à pele por Anzieu (1989) como limite entre o universo interno e externo. A pele passa a representar, para os pacientes, uma barreira de difícil transposição, evidenciando os limites do corpo e seu concomitante desejo de superá-los.

Um fato marcante da contemporaneidade, quando comparado ao intimismo romântico, é que hoje o sujeito deseja se expor para o outro. A perspectiva narcísica de inserção na sociedade se dá pela imagem criada de sujeito. Assim, o que era contido ou até mesmo recalcado agora passa a ser revelado.

Essa realidade afeta o paciente dermatológico de modo inverso, pois se o abjeto do corpo não deve ser mais ocultado, ele passa a lançar mão de recursos como a negação, o recalque e o desprezo pelo abjeto. Contudo, isso não parece ser o suficiente para que se sinta socialmente incluído.

A doença parece deixar de ser vista como uma reação própria à tendência homeostática do corpo. As alterações fisiológicas, anatômicas, funcionais são, muitas vezes, compreendidas por nós como o diferente, quando, na verdade, o corpo reage dentro de suas características que lhe são próprias. A estranheza diante dos sintomas é fruto da aspiração humana à perfeição. “Narciso acha feio o que não é espelho”, como diz a música de Caetano Veloso.

Como já observamos em outro estudo, a convivência cotidiana com a doença cria toda uma condição bastante característica, uma situação de mal-estar no indivíduo que vai além dos sintomas físicos, provocado especialmente por causa do aspecto estético manifesto pelas doenças dermatológicas, e que leva ao desenvolvimento de uma nova forma de se inscrever na cultura (GARCIA, 2002).

Se considerarmos o conflito entre o eu narcísico e o esquema corporal, parece haver um triunfo do primeiro quando esse integra a satisfação pelo gozo libidinal à imagem corporal. As recentes descobertas sobre as mudanças de características dos abjetos do corpo, numa nova perspectiva estética e funcional, parece ter dado uma noção de maior conhecimento e controle sobre o plano corporal, em que sobressalta o domínio do eu narcísico sobre a imagem.

Isso ocorre nas novas condutas “terapêuticas” diante alguns sinais corporais, tais como marcas na pele, manchas, estrias, rugas, marcas do envelhecimento, e outras nuances da prática da medicina estética. Essa nova postura diante dos abjetos, até então renegados pelo sujeito, passa a ocupar sua atenção com o objetivo de esse exercer o controle nas características do corpo que deseja transformar naquilo que imagina como ideal. São geradas reações de grande investimento e sofrimento do sujeito diante desses abjetos.

Nesse sentido, Costa (2004) aponta duas formas do eu narcísico se defender da invasão do abjeto: 1) recalçando-o, ou 2) transformando-o na sua idealização sexual, numa reação de perversão. Comenta ainda que, caso nenhuma dessas defesas ocorra, a tendência do sujeito é abdicar do prazer sexual genital e investir na satisfação pelo desprezo e nojo pelo abjeto.

Em nossas observações, tomamos como mais comum a manifestação do recalque por parte dos pacientes, com eventuais investimentos no desprezo aos sintomas indesejados no corpo. Observamos a existência de uma dualidade entre os

interesses do eu narcísico com relação ao corpo físico e, atualmente, de modo mais específico, esse é guiado pelas novas imagens ideais do corpo.

O corpo é um artefato de representação do ideal de perfeição criado desde a modernidade, e que ganha contornos muito bem definidos na contemporaneidade, como diz Fernandes (2003, p.13) “estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiada dos ideais.”

Esse fato traz, como consequência, a determinação de modelos discriminatórios do que pode ser considerado como saúde ou doença, na perspectiva corporal, elevando a característica estética ao padrão de normal e anormal, de saudável ou doente. O corpo ocupa, como nunca, uma posição de status no contexto social. Podemos observar, no último século, uma significativa mudança da relação com o corpo da intimidade privada ao espaço público da exposição.

Nesse sentido, pode ficar mais claro pensar também que o corpo representa critérios de inclusão ou de exclusão no cenário social. Uma vasta discussão vem sendo realizada no sentido de entender os modelos que determinam a inclusão, se bem que ilusória, mas pouco se discute o corpo excluído.

Não atingir os patamares do ideal de modelo corpóreo acaba por ser uma forma que leva ao sujeito a condição de exclusão, seja ela apresentada em critérios explicitados pelo outro, ou por determinantes incorporados pelo próprio sujeito.

Não podemos deixar de considerar, também, que a criação dos ideais da representação corporal, mediados pela ideia de perfeição, não será possível de ser atingida, tornando-se um parâmetro de uma falsa promessa de felicidade. O desejo de satisfação, pelo corpo, sob o signo da aparência, parece aprazer mais do que a satisfação pelo corpo perceptivo e sensorial.

Não podemos deixar de considerar que o avanço no desenvolvimento de novas tecnologias da saúde foi importante; trouxe ao sujeito uma nova perspectiva de vida, com a possibilidade de viver mais tempo, a melhora e a remissão de muitos sintomas e doenças, um controle epidemiológico e preventivo mais eficaz, dentre tantos outros benefícios que não pretendemos enumerar aqui.

Porém, diante de uma perspectiva narcísica, o sujeito parece não conter seu desejo de perfeição, buscando ir mais longe, ultrapassando os limites do próprio

corpo, reagindo com atitudes de esforço excessivo, de manipulação fisiológica e moldagem do corpo, sem falar numa série de atitudes agressivas que, diante de uma promessa de satisfação, parecem converter-se numa experiência de grande sofrimento.

A voracidade contemporânea pela satisfação, amplamente manifesta na clínica psicanalítica, faz revelar uma nova forma de manifestação de uma velha e conhecida reação do sujeito diante da relação entre prazer e sofrimento. Embora seja uma manifestação já conhecida, nesse contexto ela se orienta pelo modelo de perfeição que discutimos acima, criando, como diz Birman (2005) uma nova forma de manifestação do mal-estar contemporâneo.

Fernandes (2003) acredita que as novas imagens surgidas na atualidade parecem inventar ou reinventar novas sintomatologias para a velha dimensão do sofrimento humano. Comenta ainda a autora que, mesmo que novas imagens do ideal representado no corpo tenham surgido, elas continuam a guardar “a mesma característica das imagens dos corpos retorcidos das históricas de outrora, ou seja, a imagem do velamento do sofrimento, do tumulto, do conflito, da dor” (p. 14).

A idolatria ao corpo parece fazer com que o sujeito responda muito mais a um modelo estético corporal do que à sua necessidade do real. Essa condição não denota uma relação mais estreita do sujeito com seu corpo; diríamos que o distanciamento, por vezes, é maior, criando com isso um estranhamento com que esse olha para o corpo real. A manifestação de doenças, as somatizações, as dismorfias corporais, a obesidade, e o envelhecimento, como manifestações autênticas do corpo, parecem não ser percebidas pelo sujeito como uma condição própria deste.

“As problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo; a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito. O culto ao corpo e à imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição de possibilidade de sua existência” Fernandes (2003, p. 17).

O corpo passa a ser um veículo de representação da dor e do sofrimento, tomando, dessa forma, o lugar da manifestação psíquica. Parece haver uma dissociação manipulada pelo próprio sujeito numa relação que consideramos

inerente entre corpo e psiquismo, em que, assumir o sofrimento, ou no caso, a ausência da perfeição ou da satisfação plena, parece ser uma atitude de assumir uma grande falha do sujeito.

A tendência contemporânea de evitar qualquer tipo de sofrimento deflagra uma série de manifestações de negação da realidade, produtos de uma sociedade propagadora do uso abusivo recursos anestésicos e analgésicos. O corpo não pode sentir o real.

Embora a relação do sujeito com o corpo se dê, em muito, com um grande desejo de satisfação, através do culto ao corpo perfeito, temos de considerar que haja também uma relação bastante intensa desse sujeito com o corpo doente. É notável a manifestação de muitas pessoas diante da doença, com atitudes que chegam ao ponto de a usarem como um ícone de seu sofrimento, com muitos lançando mão de um discurso hipocondríaco como outra forma de exaltação do corpo. Se não é possível disfarçar o sofrimento, então que se use dele como uma forma de inserção no mundo dos doentes. Quando ouvimos algumas falas tais como “o meu problema é maior” ou “o médico falou que nunca viu um caso tão sério como o meu”, ou até mesmo algumas pessoas que manifestam com certa excitação o número de seus sintomas ou a quantidade de remédios que toma.

Essa parece ser outra forma de identificação com o ideal em que se exalta o poder e a grandeza do sujeito doente ao lidar com seu mal-estar.

O sofrimento é uma experiência pouco aceita pelo sujeito em suas relações com o ideal de eu, cuja proposta hedonista de satisfação, na atualidade, faz com que o sujeito evite ao máximo o contato com o sofrimento. Nesta perspectiva, o paciente dermatológico torna-se pouco consciente de sua demanda psíquica real, rendendo-se aos ideais que, no seu caso, age como castrador, causando nesse uma sensação de impotência diante dos limites determinantes de seus investimentos, incluindo aqueles para a transformação de sua realidade.

O sujeito, nesse caso, procura evitar a dor, os limites impostos pela doença, a exposição do corpo marcado pela mudança de sua estética. Com isso, adoecer implica identificar-se com a fragilidade ou a falha na produção do sujeito ideal.

O processo de normatização cria a referência do desvio, acentuando o sofrimento do sujeito, seja porque não consegue transpor a norma, pois já a incorporou, seja porque, ainda, viver fora dela é compreender-se na condição de distante do ideal, aproximando-se da anormalidade.

Na contemporaneidade, com a falência dos ideais sociais, passa a existir um primado dos ideais narcísicos e da corpolatria. Consequentemente, a doença e, em especial, no nosso estudo, a dermatose, traz um sofrimento adicional por se opor ao ideal de beleza e sedução contemporâneo.

A discussão sobre esta temática certamente não é conclusiva, uma vez que se apoia em conceitos psicanalíticos que vêm sendo repensados, tais como o narcisismo, e o ideal de eu. Por outro lado, a realidade, com a qual nos propusemos a trabalhar, é própria do contexto histórico em que vivemos.

Tentamos contribuir, assim, com a proposta de analisar o ambiente próprio apresentado em nossos objetivos, que era a de compreender a realidade do sujeito diante do contemporâneo, no que tange ao seu sofrimento com as expectativas criadas em sua experiência corpórea caracterizada pela estética, em especial daquele que convive com a doença. Por outro lado, entendemos que deixamos uma abertura para a discussão de um tema que se faz cada vez mais importante compreender: qual é a demanda do sujeito na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

AMARAL, M.G.T. *O espectro de Narciso na modernidade: de Freud a Adorno*. São Paulo: Estação Liberdade, 1997.

ANZIEU, D. *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARAUJO, J. C. Narcisismo e relação narcísica de objeto. (2002) Available from World Wide Web: <<http://geocities.yahoo.com.br/jcdaraujo/narcisismo.html>> Acessed on 02.01.06.

BAKIRTZIEF, Z. *Águas passadas que movem moinhos: as representações sociais da hanseníase*. São Paulo, 1994. 131 f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

BATISTA PINTO, E. A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicol. USP*, São Paulo, 2004, v.15, n.1-2, p. 71-80, 2004, ISSN 0103-6564. doi: 10.1590/S0103-65642004000100012.

BAUMAN, Z. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

_____. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. 2 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. *Resolução nº 196/96*, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 13.07.2009.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia - CFP, *Resolução nº 016/2000* de 20 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/resolucao_2000_016.html>. Acesso em: 23.07.2009.

BREYTON, D. ; ARMÊNIO, E. O Corpo: campo de batalha contemporâneo. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/encontro/o_corpo.shtml>. Acesso em : 13.12.2001.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct 2004 .

CHIOZZA, L. A. (org.) *Os afetos ocultos em ... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

COSTA, J. F. *Violência e psicanálise*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COSTA, J. F. Corpo, narcisismo e a cultura das sensações. Available from World Wide Web: < http://www.jfreirecosta.com/corpo_narcisismo.html > Acesso on 02.01.06.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. (Coleção A lei do desejo) Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo: comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DIAS H.Z.J., RUBIN, R., DIAS, A. V., GAUER, G. J. C. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 23-34, Dec. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200002&lng=en&nrm=iso. Access on 13 Feb. 2009.

FEITOSA, C. SILVA Jr., N. Alteridade na estética: reflexões sobre a feiúra. In: KATZ, S.C., KUPERMANN, D. MOSÉ, V. (Orgs.) *Beleza, feiúra e psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 29-38.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, (Coleção clínica psicanalítica), 2003.

FERRARI, A. B. *Vida e tempo: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

FONTANELLA, B. J. B. ; RICAS, J. ; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* . v. 24, n. 1, p. 17-27, 2004. ISSN 0102-311X. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.

FREUD, S. (1905) Tres ensayos para una teoría sexual. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. XXVI.

_____. (1910) Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. L.

_____. (1913) Totem y tabu. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. LXXIV.

_____. (1914) Introduccion al narcisismo. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. LXXXVII.

_____. (1915a) Los Instintos y sus destinos. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. LXXXIX.

_____. (1915b) Lo Inconsciente. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. XCI.

_____. (1915-1917 [1916-1917]) Lecciones introductorias al psicoanálisis – Parte III Teoría general de las neurosis - Lección XVII – El sentido de los sintomas. *Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. XCVI.

_____. (1919) Lo siniestro. *Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. CIX.

_____. (1919-1920 [1920]) Mas allá del principio del placer. *Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. CX.

_____. (1930 [1929]) *El malestar em la cultura. Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. n. CLVIII.

GARCIA, J.R.L., Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. *Hansenologia Internationalis*, Bauru , v. 26, n. 1, p. 14-22, 2001.

GARCIA, J.R.L. *Identidade e adoecimento: a representação do processo saúde-doença em pacientes dermatológicos*. 2002. 166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2002.

GARCIA-ROZA, L. A. *Artigos de metapsicologia: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente (1914-1917)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. (Introdução à metapsicologia freudiana, 3).

GONZALES-REY, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson Learling, 2005.

LASCH, C. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperança em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.B. *Vocabulário de Psicanálise*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAZZARINI, E.R. *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões*. 2006. nº 194 p. (Tese de Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LECLAIRE, S. *Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.

LIPOVETSKY, J. *A era do vazio*. São Paulo: Manole, 2005

MANCIBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: um breve histórico. *Ciência e Profissão*. V. 22, n. 1, p. 100-111, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.

MÜLLER, M. C. ; RAMOS, D. G. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Psicol. cienc. prof.*, v. 24, n. 3, p.76-81, set. 2004.

NEVES, S. M. Eu-pele, psicossomática e dermatologia: nos limites da palavra, da transferência e do corpo. In: VOLICH, R. M. ; FERRAZ, F. C. ; ROCHA, W. (Orgs.). *Psicossoma III: Interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 359-369.

ONGARO, S. *A doença e o doente: relatos de vivências hospitalares*. São Paulo, 1993. 216 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993.

PELBART, P.P. Subjetividades contemporâneas. *Subjetividades contemporâneas: conferências e jornada interna*. Instituto Cedes Sapientiae, São Paulo, Ano 1, n. 1, p. 4-11, 1997.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* São Paulo: Jorge Zahar Editor, 2000.

SAMPAIO, S. A. P. ; RIVITTI, E. A. *Dermatologia básica*. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997

SEBASTIANI, R.W. ; SANTOS, C.T. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica *In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.) E a psicologia entrou no hospital ...* São Paulo: Pioneira, 1998. p. 147-176.

SILVA, J. D. T., MULLER, M. C. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estud. psicol.*, Campinas, v.24, n.2, p.247-256, jun 2007.

SILVA Jr., N. A sublimação na contemporaneidade: o imperialismo da imagem e os novos destinos pulsionais. *In: FUKS, L.B. ; FERRAZ, F.C. (Orgs.) Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003. p. 239-249.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (Brasil). Disponível em: <
<http://www.dermatologia.net/novo/base/Doencas.shtml>>. Acesso em 07.11.2009.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definições e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 2, n. 1, p. 93-108, jan/jun, 2000.

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

APÊNDICES E ANEXOS

Roteiro de Entrevista

Data da Entrevista: ____/____/____

1- Dados Pessoais de Identificação do Entrevistado:

Nome:

Nº do registro no ILSL:

Idade:

Estado Civil:

Profissão/Ocupação:

2- Atividades Sociais/Relacionais:

- a. Com quem você mora? Como é a sua relação com as pessoas que moram com você?
- b. Quais são as suas atividades de rotina? Como é o seu dia-a-dia?
- c. Você gosta do que faz em seu trabalho? Se desempregado: há quanto tempo e por quê?
- d. Você tem amigos? Como são e como é o seu relacionamento com eles?
- e. Você tem atividades de lazer? Quais?

3- Condições de Saúde:

- a. Como está a sua saúde?
- b. O que faz para manter uma boa saúde?
- c. O que você sabe sobre a sua doença?
- d. Quando começaram a aparecer os primeiros sinais da (*Nome da doença*)?
- e. O que você pensou que fosse no início?
- f. Quando e onde você procurou tratamento?
- g. Quais os tratamentos que você já fez para (*Nome da doença*)?
- h. Como você convive com (*Nome da doença*) hoje em dia?
- i. A (*Nome da doença*) interfere em alguma coisa que queira fazer ou em algumas situações de sua vida? Quais?
- j. Qual a reação das pessoas com relação à sua doença? Como você se sente com essa reação?
- k. Quais as principais dificuldades que você encontra por ter (*Nome da doença*) e como lida com elas?

4- Prática de cuidados com o corpo, a saúde e a doença:

- a. Quais foram as principais dificuldades enfrentadas com a doença depois que surgiram os sintomas?
- b. A doença atrapalha em alguma coisa na sua vida? Em quais desses aspectos:

relações familiares	relações sociais
---------------------	------------------

trabalho

sexualidade

lazer

projetos de vida

- c. Quais os cuidados que você toma e quais acredita que deveria tomar com relação ao seu corpo?
- d. Quais os cuidados que você toma e quais acredita que deveria tomar com relação à doença? Se não toma tais cuidados, explique o porquê?
- e. Você precisou fazer alguma mudança na sua rotina depois que descobriu ter a doença? Qual?
- f. Você dedica alguma parte do seu tempo para cuidar de si? Como?

5- Sobre o narcisismo, o outro e as expectativas sociais:

- a. O que preocupa mais hoje – o fato de ser uma doença ou os efeitos estéticos que ela causa?
- b. Acha que você corresponde aos padrões de beleza que são apresentados hoje? A doença influencia nisso? Como?
- c. Você se acha(ria) bonito(a) se não tivesse os sintomas da doença?
- d. O que acha de você quando se olha no espelho?
- e. Falar dos recursos que procurou para resolver o problema estético.
- f. Como acha que as pessoas lidam com o aspecto físico gerado pela doença? Como você lida com a reação das pessoas?
- g. Quanto é importante para você a expectativa e as reações de outra pessoa diante de sua doença? E sobre o aspecto específico da beleza (estética)?
- h. O que faz para cuidar de você nas situações em que sente influenciado pelas expectativas de beleza suas e do outro?
- i. Como você avalia esteticamente os sintomas de sua doença? Como gostaria que fosse?
- j. A doença ou os sintomas interferem de alguma forma para ser feliz? Comente.
- k. Onde você acha que são criados esses padrões de beleza?

6- Motivação e frustrações no tratamento:

- a. Diante da sua situação atual frente à doença e ao tratamento, sente-se motivado para continuar o tratamento? O que o motiva ou impede?
- b. Deparou-se com alguma situação do tratamento que lhe frustrou? O que fez para reagir?
- c. Percebeu mudanças nas suas atitudes de cuidar de si depois que iniciou o tratamento? Quais?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
recebi dos pesquisadores esclarecimentos quanto à Pesquisa “Quando narciso acha feio o que é espelho: o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico”.

Fui informado que a pesquisa, realizada por José Ricardo Lopes Garcia, psicólogo do Instituto “Lauro de Souza Lima” (ILSL) e orientada pela Dra. Elisa Maria Parahyba Campos, docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP-SP), pretende investigar as implicações atuais na constituição da subjetividade em pacientes que apresentam diagnóstico de doenças dermatológicas diante de seu processo de adoecimento.

Para esta participação, me submeterei a responder a uma entrevista abordando os seguintes aspectos: dados pessoais; atividades sociais e relacionais; condições de saúde; prática de cuidados com o corpo, a saúde e a doença; aspectos narcísicos, as expectativas sócio-culturais; e motivações e frustrações diante do tratamento.

Compreendi que posso livremente interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar a minha decisão e que isso não trará qualquer consequência ao meu atendimento e tratamento nesta instituição. Estou ciente de que o conteúdo da pesquisa deverá ser utilizado em meios de comunicação científica, tais como: apresentações em congressos e publicações. Compreendi, também, que será preservado o sigilo de minha identidade.

Fui informado ainda que posso receber explicações adicionais dos pesquisadores assim que queira solicitar, bem como terei acesso aos resultados se assim o desejar.

Devidamente informado e esclarecido, **manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo.**

Pesquisador: José Ricardo Lopes Garcia

Orientadora: Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

Este documento foi elaborado de acordo com as Resoluções nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional De Saúde; e nº 016/00 de 20 de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia.

Bauru,...../...../.....

Assinatura do participante: _____

Telefone do participante para contato: _____

Registro no ILSL: _____

Recebi uma via do presente termo para arquivo pessoal

Contato: José Ricardo Lopes Garcia - Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, Km
225/226 – Bauru. Telefone: (14) 3103-5928

INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA

Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, km 225/226 - Bauru - SP.
CEP: 17034-971 - Caixa Postal 3021
Fone (14) 3103-5900 - Fax (14) 3103-5914

COMISSÃO CIENTÍFICA

Bauru, 09 de Novembro de 2009.

Ilmo. Sr.

JOSÉ RICARDO LOPES GARCIA

Assunto: projeto nº. 192/09

Prezado Senhor:

Informamos à Vossa Senhoria que o projeto nº. 192/09, intitulado "Quando Narciso acha feio o que é espelho: o sofrimento do sujeito contemporâneo no adoecimento dermatológico" recebeu parecer favorável da Comissão Científica do Instituto Lauro de Souza Lima, em reunião realizada no dia 09/11/09.

Atenciosamente,

FÁTIMA REGINA VILANI MORENO

Representante da Comissão Científica

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA
Caixa Postal 3021 – CEP: 17034-971 – Bauru – SP – Brasil
Fone: 55 14 3103-5852 – 3103-5856
Fax: 55 14 3103-5914 – 3103-5856

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA

CT.: C.E.P. nº 066/2009

Bauru, 11 de dezembro de 2009

Ilmo. Sr.
José Ricardo Lopes Garcia
A/C Dra. Elisa Maria P. Campos

Prezado Senhor

O projeto de pesquisa intitulado “Quando Narciso acha feio o que é espelho: o sofrimento contemporâneo no adoecimento dermatológico”, protocolo 192/09, foi apreciado neste Comitê de Ética em Pesquisa e foi **APROVADO**.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos do mais elevado apreço.

Atenciosamente

Dra Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Vice - Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto Lauro de Souza Lima