Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade

Maria Esther Ventin de Oliveira Prates

Memórias de patologias dermatológicas na constituição de subjetividades

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade

Maria Esther Ventin de Oliveira Prates

Memórias de patologias dermatológicas na constituição de subjetividades

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Vitória da Conquista, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profª Drª. Edvânia Gomes da Silva

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

P925m Prates, Maria Esther Ventin de Oliveira.

Memória de patologias dermatológicas na constituição de subjetividade. / Maria Esther Ventin de Oliveira Prates. Orientador (a): Dra. Edvânia Gomes da Silva. Vitória da Conquista, 2017.
151f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e sociedade, Vitória da Conquista, 2017.

1. Memória - Dermatologia. 2. Pele - Patologia. 3. Sujeito - Contemporaneidade. I. Silva, Edvania Gomes da. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós- Graduação em Memória: Linguagem e sociedade. III. T.

CDD 370.1522

Catalogação na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890
UESB – Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Memories of dermatological pathologies in the constitution of subjectivities

Palavras-chaves em inglês: Skin; Memory; Dermatology; Subject; Contemporaneity

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Edvânia Gomes da Silva (Presidente); Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva (Titular); Profa. Dra. Ana Palmira Bittencourt Santos Casimiro (Titular); Profa. Dra. Ana Flora Brunelli (Titular); Profa. Dra. Rosa Helena Blanco Machado (Titular).

Data da Defesa: 16 de fevereiro de 2017

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Esther Ventin de Oliveira Prates

Memórias de patologias dermatológicas na constituição de subjetividades

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 16 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Profª. Drª. Edvania Gomes da Silva (Presidente) Ass.: Edvania Gomes da Silva
Instituição: UESB

Profª. Drª. Maria da Conceição Fonseca-Silva Ass.:
Instituição: UESB

Profª. Drª. Ana Palmira Bittencourt Santos Casimiro Ass.: Ana Palmira Casimiro
Instituição: UESB

Profª. Drª. Anna Flora Brunelli Ass.: Anna F. Brunelli
Instituição: UNESP

Profª. Drª. Rosa Helena Blanco Machado Ass.:
Instituição: UNEB

Dedico mais este momento à memória de meu pai, Prof. José Freitas de Oliveira, para sempre, mestre.

Com eternos amor, admiração e saudades

TECA

AGRADECIMENTOS

A realização dos sonhos não se faz sem a colaboração de muitos. Para a elaboração desta tese, concretização de mais um deles, pude contar com:

O apoio didático, logístico e administrativo do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), ao qual agradeço, por meio de seu corpo docente e de seus funcionários, pela oportunidade de concluir meu Doutorado;

A infraestrutura da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), que viabilizou os espaços necessários ao funcionamento do PPGMLS, sem os quais esta tese também não seria possível;

O amor, a compreensão e os atos de encorajamento do meu sempre e cada vez mais amado, presente e atuante parceiro de todas as jornadas sonhadas, Gilberto, sem o qual nada seria possível;

O amor, o carinho e a compreensão nas frequentes ausências, dos nossos amados filhos, Daniela, Fernanda, Carolina e Gabriel;

A torcida e o providencial, acolhedor e amoroso cuidado das minhas mães, Carmen e Marizete;

As queridas amigas Dra. Carla Pinheiro e Dra. Cláudia Macedo, pela força e incentivo, sempre dispostas a ajudar, seja com debates de ideias, seja com trocas de experiências, seja com momentos de descontração e risos, sempre benvindos e renovadores de energia;

A decisiva e generosa contribuição da querida Profª. Dra. Ana Palmira Bittencourt S. Casimiro que, no momento certo, carinhosamente me presenteou com bibliografia, apontou os rumos e encorajou-me nos momentos mais difíceis, ao longo desse percurso;

A minha orientadora, e agora, também amiga, Profª Dra. Edvania Gomes da Silva, pelas suas seguras observações, pela disponibilidade, competência, paciência, compreensão e atenção sempre dispensadas;

A oportunidade do convívio fraterno e amistoso, nem por isso menos rico em aprendizagens, com a Profª Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva, exemplo de determinação e força que, com sua reconhecida dedicação, coordena, juntamente com a Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães, o PPGMLS, essencial à essa minha realização;

A generosa contribuição do Prof. Dr. Ruy Medeiros, na forma de doação bibliográfica;

Aos colegas e funcionários do Colegiado de Medicina da UESB, pela compreensão e estímulos, sempre alegres e solidários, frequentemente manifestados, com especial menção de carinho para Nora Bittencourt, Joana Avelino, Juliana Otoni e Eliane Cheles;

Aos colegas e funcionários do PPGMLS, companheiros nessa “aventura pensada”, pela disponibilidade para a troca de impressões, na riqueza do convívio;

Finalmente, àqueles que a mim confiaram, mais que suas vidas, também seus sentimentos e segredos ocultos, queridos pacientes, razão maior deste trabalho.

Sem tocar, não há presença no mundo.

Remi Brague

RESUMO

Nesta tese, analisamos as marcas da/na pele e a relação dessas marcas com a memória, com a fala e com a constituição do sujeito. Trata-se, portanto, de verificar as ligações da(s) falas(s) dos sujeitos de pesquisa com memória/corpo/pele, uma vez que esses três elementos são considerados, aqui, sinalizadores que indicam diferentes formas de constituição do sujeito. Verificamos, assim, de que maneira aquilo que vem "de fora" inscreve sentidos internos, e estes, por sua vez, embora cuidadosamente albergados no íntimo pessoal e secreto, se mostram e determinam quem somos e para onde vamos. Para tanto, realizamos entrevistas, em um consultório dermatológico, com população aleatória, mediante minuciosa pesquisa feita com base nos registros em prontuários arquivados na clínica, os quais incluem, além dos dados fornecidos pela anamnese, exame físico e exames complementares, além do registro fotográfico das lesões da pele, as quais motivaram a busca de ajuda médica especializada. Para compor o *corpus* de pesquisa, selecionamos um grupo de pacientes possuidores de lesões cutâneas e que manifestavam queixas, as quais, materializadas em suas "falas", foram o alvo das subsequentes análises. Em relação à metodologia de análise, seguimos o paradigma indiciário, o qual estabelece que devemos observar os pormenores, os detalhes, a fim de chegarmos à construção das hipóteses de pesquisa e, posteriormente, sermos conduzidos, por essas mesmas hipóteses, às conclusões acerca da relação entre aquilo que estamos chamando de "marcas na pele" e a construção de certa memória. Os resultados mostraram que as marcas da/na pele são também marcas de memória que: i) contribuem para constituição da subjetividade do sujeito marcado; ii) favorecem a manutenção de estereótipos socialmente construídos, os quais reforçam, no sujeito marcado, imagens negativas acerca de si mesmo; e iii) relacionam-se com a questão do desejo e, consequentemente, com a constituição do inconsciente de cada sujeito marcado. Em síntese, esta tese mostra de que maneira as marcas congênitas ou adquiridas, de modo intencional ou não, ou deixadas por patologias cutâneas diversas, marcam não apenas a pele do indivíduo, mas também permitem a materialização de diferentes falas, as quais vão se configurando e se reconfigurando a partir de diferentes acontecimentos.

Palavras-Chave: Memória. Pele. Dermatologia. Sujeito. Contemporaneidade.

ABSTRACT

In this thesis, we analyze the marks of the/in the skin and the relationship of these tags with the memory, with the speech and the constitution of the subject. It is, therefore, check the connections of speak (s) of research subjects with memory / body / skin, as these three elements are considered here flags that indicate different forms of constitution of the subject. Thus we how what is "outside" part inner senses, and these, in turn, although carefully housed in close personal and secret are revealed and determine who we are and where we go. Therefore, we conducted interviews in a dermatologist's office, with random population, thorough research by made on the basis of records in records filed at the clinic, which include, in addition to data provided by history, physical examination and laboratory tests, in addition to the photographic record of skin lesions, which motivated the search for specialized medical help. To compose the corpus of research, we selected a group of patients possessors of skin lesions and who expressed complaints, which materialized in his "lines" were the target of the subsequent analyzes. Regarding the analysis methodology, we follow the evidentiary paradigm, which states that we should observe the details, the details in order to get the construction of the research hypotheses and then be led by these same assumptions, the conclusions about the relationship between what we call the "skin tags" and the construction of certain memory. The results showed that the marks / skin are also memory brands: i) contribute to the constitution of subjectivity marked subject; ii) favor the maintenance of socially constructed stereotypes, which reinforce, in marked subject, negative images of himself; and iii) relate to the question of desire and, consequently, the formation of the unconscious of the marked subject. In summary, this thesis shows how congenital trademarks or acquired intentionally or not so, or left for various skin conditions, marked not only the skin of the individual, but also allow the materialization of different lines, which will be setting and reconfiguring from different events.

Keywords: Memory. Skin. Dermatology. Subject. Contemporaneity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura da pele 27
Figura 2 - Psoríase na face 32
Figura 3 - Psoríase em membros inferiores 33
Figura 4 - Psoríase na nuca 33
Figura 5 - Psoríase no pé e na mão 34
Figura 6 - Psoríase em Cotovelos 34
Figura 7 - Psoríase disseminada 35
Figura 8 - Vitiligo no tronco 36
Figura 9 - Vitiligo na face 37
Figura 10 - Vitiligo nas mãos 37
Figura 11 - Vitiligo em tronco e membros superiores 38
Figura 12 - Vitiligo nos joelhos 38
Figura 13 - Nevo melanocítico - tronco 40
Figura 14 - Nevo melanocítico composto - face 41
Figura 15 - Nevo melanocítico gigante - tronco 41
Figura 16 - Nevo melanocítico gigante - membro superior 42
Figura 17 - Nevo melanocítico - região cervical 42
Figura 18 - Melanoma cutâneo 43
Figura 19 - Cicatriz hipertrófica 45
Figura 20 - Cicatriz hipertrófica e hipercrômica - abdome 45
Figura 21 - Cicatriz atrófica 46
Figura 22 - Queloide - membro superior e tronco 46
Figura 23 - Queloide - pavilhão auricular 47
Figura 24 - Lúpus eritematoso discoide - lateral da face 48
Figura 25 - Lúpus eritematoso discoide - couro cabeludo 49
Figura 26 - Lúpus eritematoso discoide - face total 49
Figura 27 - Lúpus eritematoso discoide - região malar direita 50
Figura 28 - Lúpus eritematoso discoide - região malar esquerda 50
Figura 29 - Lúpus eritematoso discoide - face parcial 51
Figura 30 - Hanseníase borderline 90
Figura 31 - Hanseníase borderline 91

Figura 32 - Hanseníase virchowiana 91
Figura 33 - Hanseníase virchowiana 92
Figura 34 - Hanseníase virchowiana 92
Figura 35 - Hanseníase neural 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BES	Bem-Estar Subjetivo
LED	Lúpus eritematoso discoide
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UV	Ultravioleta
[E1], [E2]...	Sujeitos de pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS 19
1.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DO *CORPUS* 22
2 PELE E MEMÓRIA 24
2.1 A PELE 26
2.1.1 A pele doente 29
2.2 MEMÓRIA E CORPO EM FOUCAULT 53
2.2.1 As condições de possibilidade: corpo como lugar de memória 57
2.3 A PELE COMO SUPERFÍCIE DE INSCRIÇÃO DE MEMÓRIAS 68
2.4 A PELE E SUA RELAÇÃO COM O FEIO E O BELO 72
2.5 MEMÓRIA DA PELE 80
2.5.1 A pele e sua relação com a memória coletiva 81
3 PELE E ESTEREÓTIPOS 88
3.1 A PELE MARCADA E OS ESTEREÓTIPOS 88
3.2 PELE "NORMAL" *VS* PELE "ANORMAL" 102
3.3 OS ESTEREÓTIPOS E OS AFETOS 107
3.4 OS ESTEREÓTIPOS E A AUTO CATEGORIZAÇÃO 111
4 PELE E O INCONSCIENTE 114
4.1 A INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS PARA FREUD 121
4.2 BIRMAN E A EXPERIÊNCIA DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE 123
4.2.1 Sonho *vs* pesadelo: algumas considerações sobre a contemporaneidade 124
4.2.2 Sobre as marcas de "dor" na/da pele 128
4.3 CORPO, AÇÃO E INTENSIDADE MARCADOS NA PELE 132
5 CONCLUSÃO 139
REFERÊNCIAS 144
Bibliografia consultada 147
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 149

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho, analisamos as marcas da/na pele e a relação dessas marcas com a memória e com a fala. Trata-se, portanto, de verificar as ligações da(s) falas(s) dos sujeitos de pesquisa com memória/corpo/pele, uma vez que esses três elementos são considerados, aqui, sinalizadores que indicam diferentes formas de constituição do sujeito. Nesse sentido, analisamos as marcas na/da pele como marcas de memória, uma memória que não é jamais individual, pois, defendemos, com Halbwachs (1990, p. 26), que "nossas lembranças permanecem coletivas, e elas nos são lembradas pelos outros, mesmo que se trate de acontecimentos nos quais só nós estivemos envolvidos".

A pele, especialmente a do rosto e das mãos, registra as tentativas, os triunfos e as derrotas de toda uma existência e, com isso, transporta certa memória que marca as experiências coletivas, mesmo quando aparentemente individuais, do(s) sujeito(s). Nela, projeta-se, como se fora numa tela, as mais variadas expressões das experiências vividas; emergem as emoções, penetram os pesares, as lástimas, as frustrações; a beleza encontra sua profundidade. Primordialmente macia, lisa, alimentando a vaidade da juventude, a pele, posteriormente enrugada, atesta a passagem dos anos (MONTAGU, 1998, p. 23) e, com eles, os diferentes modos de sentir o mundo, de compreendê-lo, na amplitude de sua complexidade.

Buscamos, neste trabalho sobre as marcas na/da pele e o seu papel na constituição do sujeito, analisar de que maneira aquilo que vem "de fora" inscreve sentidos internos, e estes, por sua vez, embora cuidadosamente albergados nos recônditos da alma, no íntimo pessoal e secreto, protegidos e escondidos no porão, acintosamente gritam, se mostram e determinam quem somos e para onde vamos. Propomos estudar, em consequência, marcas pessoais e intransferíveis que carregamos em nossos corpos (VAZ, 2006, p. 59). Marcas que rememoram e anunciam uma dor, uma ferida, exibindo, assim, a memória duradoura e indelével do dissabor ou do prazer, que, muitas vezes, nos acompanham.

Se a pele por si só pode nos falar tanto, muito mais podem nos dizer as pintas (nevus), as cicatrizes e as marcas deixadas por patologias cutâneas diversas, afinal, esses traços não marcam apenas a pele do indivíduo, mas eles materializam diferentes falas, as quais vão se configurando e se reconfigurando a partir de diferentes acontecimentos.

No desempenho da atividade médica, ao longo de cerca de 30 anos atuando como dermatologista, tanto na clínica privada quanto na assistência pública, presenciamos, em diversas ocasiões, no transcorrer das consultas dermatológicas, claras manifestações verbais relacionadas a emoções, como angústia, tristeza, dor, associadas, por sua vez, a sentimentos

de exclusão e de rejeição, que partiam especialmente dos pacientes que, sob nossos cuidados, apresentavam, dentre outras queixas, a insatisfação pelo fato de terem, em áreas corporais visíveis, lesões cutâneas indesejadas, das mais distintas origens.

Algumas destas já estavam presentes desde o nascimento, sendo, portanto de natureza congênita, enquanto que outras surgiram em decorrência de situações diversas, tais como cicatrizes adquiridas em consequência de traumas ou de intervenções cirúrgicas de toda ordem, quer tenham sido provocadas por atos imperativos para o restabelecimento da saúde, circunstancialmente ameaçada, ou por motivação estética, orientadas no sentido de reparação de algum aspecto indesejado ou, ainda, como sequelas indeléveis de algum processo inflamatório de natureza crônica, de difícil controle e de curso prolongado. Nessas circunstâncias, observamos que tais sentimentos – juntamente com o cortejo que costuma acompanhar as ações dedicadas aos cuidados com a saúde ameaçada, tais como a coleta de material orgânico para a realização de exames laboratoriais, a realização de exames de imagem, a aquisição e o uso orientado de medicamentos, e algumas vezes, também, a necessária realização de curativos nas lesões cutâneas que apresentavam tal demanda, bem como os custos financeiros a elas associados – interferiam, de alguma forma, também na vida laboral, psicossocial e afetiva desses pacientes.

Muitas vezes, apesar do êxito alcançado com a melhora clínica do quadro patológico, como um todo, estranhamente, verificava-se a satisfação apenas parcial dos pacientes, diante dos resultados alcançados com a terapia adotada, pois, embora estivessem com a doença de certa forma controlada, sem apresentar sintomas físicos, como dor, ardor ou prurido (coceira), permanecia na pele de cada um deles, alguma marca, algo que os distinguia dos outros, o que, no seu modo particular de compreensão, tornava-os “diferentes”, diante do olhar do outro, interferindo sobremaneira em suas relações na vida social. As observações de tais sentimentos despertaram-nos a crescente vontade de buscar formas de compreender esse complexo e dolorido processo, a fim de melhor conduzir o manejo e a abordagem desses pacientes e, assim, poder, contribuir para melhor completude do seu bem-estar.

Em paralelo ao exercício da clínica dermatológica, há cerca de doze anos, iniciamos, além da prática médica ainda em curso, uma nova atividade, agora como docente do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Vitória da Conquista. A partir das experiências na vida acadêmica, voltamos a refletir sobre a possibilidade de retomar aquela vontade, acima referida, a qual, em atenção a outras demandas mais urgentes, encontrava-se temporariamente reprimida, mas não extinta. Assim, diante das oportunidades que se abriram para a possibilidade de execução do projeto, surgiu o

desejo de desenvolver a pesquisa que teve como resultado esta tese, motivada pela reflexão que se impôs a partir da percepção de que existiam questões a serem consideradas, para muito além da manifestação física de uma patologia cutânea, as quais interferiam, ademais dos aspectos fisiopatológicos relativos à doença em si, subjetivamente na compreensão que cada sujeito que apresenta em sua pele alguma marca, constrói sobre si mesmo, sobre suas relações com o outro e sobre as possibilidades particulares do seu modo de estar-no-mundo.

Por tudo isso, o projeto de pesquisa que resultou nesta tese visa estudar esse complexo e importante órgão – a pele, na sua relação com a(s) fala(s), concebendo as marcas congênitas ou adquiridas, de modo intencional ou não, como manifestações aplicadas a uma estrutura visível, palpável e sensível, relacionada ao prazer e à dor, à alegria e à tristeza, à saúde e à doença, integrando os fazeres, os sentidos e os saberes cotidianos e, ainda, relacionados com a vida/beleza e a morte/feiura, em um constante e intenso diálogo com a plenitude do viver. Destacamos, ainda, que essa relação, entre pele e fala, também pode ser verificada nas mais diversas manifestações de saber/poder, o que mostra a necessidade de estarmos atentos ao rico potencial de registro histórico e memorial que tal estrutura – a pele e seus anexos (glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas, pelos e unhas) – oferece-nos.

Assim, pele e memória dialogam com a sociedade e abrem vias para reflexões que recaem sobre os mecanismos por meio dos quais o sujeito poderá viabilizar a compreensão dos sentidos do homem na história, nos seus mais diversos aspectos e possibilidades, seguindo as trilhas gravadas na pele, enquanto envoltório corporal, e como imagem do sujeito apresentada ao mundo.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa que resultou nesta tese foi: **há uma relação entre as marcas da/na pele e a memória? Se há, como essa relação se manifesta na/pela "fala" de pacientes dermatológicos?** A partir dessa pergunta/problema, elaboramos três hipóteses de pesquisa: i) as marcas da/na pele funcionam como marcas de memória que determinam a subjetividade do sujeito marcado; ii) as marcas da/na pele contribuem tanto para criação quanto para manutenção de estereótipos; iii) o que se fala sobre as marcas da/na pele relaciona-se com a questão do desejo e, consequentemente, com a constituição do sujeito do ponto de vista da psicanálise. A partir dessas hipóteses elaboramos o seguinte objetivo geral: **analisar a relação entre marcas da/na pele e a memória, por meio das "falas" de pacientes dermatológicos**.

Essas hipóteses nos levaram a formular três objetivos específicos, os quais correspondem aos três capítulos da tese. Assim, são objetivos específicos desta tese: a) mostrar que as marcas da/na pele funcionam como marcas de memória que contribuem para

constituição da subjetividade do sujeito marcado; b) analisar a relação entre as marcas da/na pele e a construção e/ou manutenção de estereótipos; c) analisar as falas de pacientes dermatológicos a fim de verificar indícios de um funcionamento inconsciente que originam sofrimento, dor, vergonha etc.

Tal abordagem nos conduz a atitudes de abertura reflexiva para novos temas, entrelaçando saúde, dermatologia, história, antropologia, sociologia, cultura, religião, economia, artes, que explicam enfim, fragmentos da vida e do devir humanos. Todos esses aspectos foram analisados a partir da consulta dermatológica, pois, foi durante tais consultas que verificamos a relação do sujeito contemporâneo com sua pele. Tal sujeito é considerado aqui não como fonte, mas como *locus* de convergência e choque dos mais divergentes hábitos e culturas.

Esta tese é, portanto, uma contribuição à construção da memória da saúde, dos hábitos de vida, do cotidiano, analisados como reflexos das mentalidades e sensibilidades dos sujeitos políticos, notadamente os brasileiros nos dias atuais, e, ao mesmo tempo, torna-se uma sugestão reflexiva sobre os passos e caminhos que nos trouxeram às compreensões e compleições atuais, àquilo que poderíamos ter sido e não fomos, ao que somos hoje, enfim, ao que poderíamos chamar de sociedade contemporânea. Trata-se, dessa forma, de uma análise de aspectos temporais que passaram a ser memoriais e, assim, partícipes na construção dos sujeitos. É, ainda, uma jornada em busca das nossas singularidades, em busca do entendimento sobre as mudanças processadas ao longo de nossa história, enquanto povo que constitui uma nação. Uma discussão que, esperamos, possa fomentar outras, talvez, mais específicas.

Para verificar a relação da pele com a constituição do(s) sujeito(s), dividimos este trabalho em três capítulos, organizados conforme os objetivos específicos propostos.

No primeiro capítulo, analisamos a “pele marcada” e o impacto por ela causado nas relações sociais e na construção de identidades. Para tanto, recorremos a Foucault e buscamos recompor as manifestações dos hábitos do cuidar de si e dos seus, na contemporaneidade, procurando explicitar o lugar da pele na construção e na reafirmação das memórias coletivas. No que tange à posição de sujeito relacionada ao cuidado de si ou ao governo do corpo, Fonseca-Silva (2007, p. 235) nos adverte que, na cultura do espaço íntimo e no processo de ressignificação do corpo, na contemporaneidade, o corpo se apresenta como materialidade simbólica de significação para si e para o outro. Estendemos essa afirmação para mais além, e defendemos a hipótese de que cuidar do corpo para agradar a si e aos outros é uma atitude legítima e esperada, nos diversos espaços sociais, como no familiar, no profissional, no de

lazer, etc. Enfim, mostramos, no primeiro capítulo, que cuidar da pele, como um dos elementos do corpo humano mais exposto ao olhar do outro, é uma forma de se legitimar como sujeito.

Nesse sentido, corroboramos a seguinte citação de Rodrigues:

> Nesse momento que é precisamente o nosso, a inserção do corpo no mundo se cristaliza em uma frívola teatralidade narcisista, em que o corpo passa a significar não mais do que um espelho, no qual um 'eu' interior se exterioriza, para enxergar no mundo a única imagem (boa saúde, boa forma, bela apresentação) que lhe interessa contemplar: seu próprio reflexo a interiorizar (RODRIGUES, 1999, p. 179).

Portanto, para Rodrigues (1999), o corpo continua a ser um ponto crucial de enraizamento dos seres humanos no mundo físico ou comunitário. E é justamente com base nessa relação entre corpo e formas de sujeição que procedemos às análises do primeiro capítulo.

No segundo capítulo, analisamos de que forma a pele funciona como importante elemento tanto para criação quanto para manutenção de estereótipos. Nessa perspectiva, recorremos às entrevistas, buscando, nesses indícios, o funcionamento de estereótipos acerca da pele e de suas marcas. Nas análises desse segundo capítulo, verificamos que a sociedade contemporânea é uma sociedade de urgência do dizer e das práticas significantes, práticas essas que, segundo Orlandi (2008), "expõem o sujeito a uma visibilidade constante" (ORLANDI, 2008, p. 208). Ainda segundo Orlandi:

> Estamos imersos numa grande quantidade de símbolos e os produzimos em permanência. Mas, assim como mudam as condições de significar, mudam também as formas como o sujeito aí se move nos trajetos da significação (ORLANDI, 2008, p. 208).

Nesse sentido, procuramos mostrar, nas abordagens analíticas desse segundo capítulo, que os estereótipos são imagens cristalizadas que mediatizam nossa relação com o mundo. Para tanto, partimos da noção de estereótipo apresentada por Ruth Amossy e Anne Herschberg Pierrot (2005), e buscamos relacionar tal concepção à importância da imagem de si para a constituição do sujeito, especificamente, no caso deste trabalho, do sujeito que tem marcas na pele.

No terceiro e último capítulo, analisamos, também com base nas entrevistas gravadas após as consultas dermatológicas, aspectos que refletem a constituição do sujeito e da sua relação com o mundo, buscando identificar, ainda, como as "falas" sobre as marcas na/da pele

relacionam-se com a questão do desejo, conforme pensado pela psicanálise. Para tanto, recorremos a Freud (1900), como base, e aos trabalhos de Birman (2012) e Birman et al. (2014), acerca do sujeito na contemporaneidade. Trata-se de mostrar quais as regularidades, relativas ao diferente na pele, que se apresentam nas "queixas" feitas por pacientes no consultório dermatológico, verificando, assim, quais memórias atravessam os diferentes sujeitos que procuram o consultório dermatológico a fim de resolver "problemas" ligados à pele.

1.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados se deu por meio da gravação de entrevistas, realizadas em um consultório dermatológico, com população aleatória, mediante minuciosa análise realizada nos registros em prontuários arquivados na clínica, os quais incluem, além dos dados fornecidos pela anamnese, exame físico e exames complementares, também o registro fotográfico das lesões da pele, as quais motivaram a busca de ajuda médica especializada. Para compor o *corpus* de pesquisa selecionamos um grupo de pacientes possuidores de lesões cutâneas e que manifestavam queixas, as quais, materializadas em suas "falas", foram o alvo das subsequentes análises.

A seleção dos sujeitos de pesquisa foi, então, realizada de modo que foi formalizado convite de participação a doze pacientes adultos, sem predileção de gênero ou de condição sociocultural, todos eles com prévios registros de queixas relativas às suas marcas e seus impactos na vida social.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa e, antes de serem entrevistados, receberam uma breve explicação de como se daria tal participação. Para evitar um controle e um monitoramento excessivo, por parte dos entrevistados em relação ao que estavam falando, procuramos, na explicação a eles fornecida, não apresentar detalhes da pesquisa, fornecendo apenas uma explanação geral da mesma e priorizando aspectos relacionados à participação deles enquanto sujeitos de pesquisa. Após a explicação, os entrevistados foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual lemos para cada um dos sujeitos de pesquisa, perguntando, em seguida, se havia restado alguma dúvida em relação ao que estava no Termo ou à sua participação na pesquisa. Assim, com a obtenção de assinaturas no documento de consentimento, os dados foram coletados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, as quais passaram a constituir o *corpus* deste trabalho, a fim de, por meio delas, identificarmos as manifestações

orais, materializadas por meio das falas de cada sujeito de pesquisa, sobre “a(s) marca(s)” presente(s) na pele de cada entrevistado, ao longo de sua existência, conforme mostram a documentação fotográfica e os relatos (queixas) presentes nos registros de arquivos de ficha clínica, realizados durante as consultas dermatológicas. As identidades dos participantes da pesquisa foram preservadas. Entretanto, consideramos que, para melhor entendimento da contextualização das falas, quando da análise dos excertos, convém fornecermos alguns dados referentes às particularidades de cada lesão, bem como informações quanto ao gênero e à idade dos entrevistados. Com esses dados em mãos, levantamos questionamentos com foco na pele como lugar de memória e seu papel na construção de subjetividades.

Após essa seleção inicial, os doze participantes foram agrupados, para fins de análise, em seis grupos compostos por um par de sujeitos, em cada um deles. Cada par foi agrupado de acordo com as características semelhantes na origem, como lesões congênitas (presentes ao nascimento), que permaneceram ou foram removidas, por motivos diversos, ou lesões adquiridas de forma involuntária, ligadas a episódios traumáticos (doenças com ou sem controle satisfatório, acidentes, cirurgias) ou como sequelas de cirurgias plásticas eletivas. Além dos aspectos relacionados às origens semelhantes, as lesões cutâneas dos sujeitos integrantes de um mesmo grupo possuem também, entre si, semelhanças relativas à sua evolução, favorável ou não ao paciente. Tal arranjo foi assim pensado a fim de que pudéssemos dispor de “falas” proferidas por sujeitos diferentes, em momentos diferentes, mas reveladores de impressões sobre um mesmo tipo de queixa, um mesmo tipo de “dor”, comum aos dois participantes de cada grupo, conforme já havíamos identificado na análise dos seus prontuários individuais. Os grupos foram, então, assim distribuídos:

Grupo I - Lesões Congênitas

Subgrupo I-A1 –Lesões que Permanecem - 02 Entrevistas:

[E6] - Feminino, 46 anos - Nevo Gigante - Tronco;

[E4] - Masculino, 28 anos - Nevo melanocítico - Braço direito.

Subgrupo I-B1 – Lesões Removidas - 02 Entrevistas:

[E8] - Feminino, 38 anos - Nevo gigante - Antebraço esquerdo;

[E11] - Feminino, 32 anos - Nevos melanocíticos – Tronco e membros.

Grupo II - Lesões Adquiridas

Subgrupo II-A1 - Trauma acidental - 02 Entrevistas:

[E7] - Feminino, 32 anos - Cicatriz inestética -Tronco - cirurgia/emergência;

[E10] - Feminino, 61 anos - Cicatriz extensa -Tronco - queimadura de 2º e 3º graus.

Subgrupo II-A2 - Trauma Intencional - 02 Entrevistas:

[E1] - Feminino, 44 anos - Cicatriz inestética - Cirurgia plástica - abdome;

[E9] - Feminino, 43 anos - Cicatriz inestética - Cirurgia plástica - mamas.

Subgrupo II-B1- Doença com controle satisfatório - 02 Entrevistas:

[E3] - Feminino, 36 anos - Psoríase - Tronco e membros;

[E5] - Feminino, 34 anos - Lúpus Eritematoso - Face e tronco.

Subgrupo II-B2 - Doença sem controle satisfatório - 02 Entrevistas:

[E2] - Feminino, 64 anos - Psoríase - Tronco e membros;

[E12] – Feminino, 38 anos - Vitiligo - Face, tronco e membros.

Em síntese, para a execução da pesquisa, realizamos um total de doze entrevistas, todas obtidas conforme os critérios acima descritos.

Para melhor esclarecimento, salientamos que: i) são consideradas lesões causadas por trauma acidental aquelas secundárias a acidentes, queimaduras e violência; ii) são lesões decorrentes de trauma intencional aquelas que surgiram após intervenções cirúrgicas e/ou quaisquer procedimentos de natureza estética e as tatuagens. As lesões cutâneas causadas por doenças dermatológicas podem ser de caráter temporário, portanto, passíveis de controle, ou podem ser de manifestação constante, quando a patologia não é passível de controle satisfatório.

Em respeito a um acordo prévio, estabelecido entre a pesquisadora e os participantes, a fim de preservar a espontaneidade e a clara expressão daquilo que consideramos para análise, as identidades das falas não são apontadas, e o autor de cada uma delas é assinalado, quando necessário, por meio de um símbolo alfanumérico, em que o algarismo corresponde ao participante, conforme a ordem das entrevistas (E1, E2, E3...), quando da transcrição de suas falas.

Salientamos que, após leitura e concordância dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, os entrevistados mostraram-se dispostos à participação, e alguns até agradeceram o momento de “falar sobre isso”, pois sentiam necessidade de fazê-lo, mas não tinham oportunidade. Tal necessidade indica uma forma de relação com essas marcas, o que acontece

mediante certo funcionamento inconsciente, como mostramos no terceiro e último capítulo deste trabalho.

1.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DO *CORPUS*

Na análise dos dados, fomos guiados pelo paradigma indiciário, o qual estabelece que devemos observar os pormenores, os detalhes, a fim de chegarmos à construção das hipóteses de pesquisa e, posteriormente, sermos conduzidos, por essas mesmas hipóteses, às conclusões acerca da relação entre aquilo que estamos chamando de "marcas na pele" e a construção de certa memória. Trata-se, portanto, com base na observação dos indícios, de analisar o dado aparentemente insignificante, buscando, por meio dessas análises, chegar a afirmações mais gerais. Nas palavras de Ginzburg:

> Características minúsculas têm sido usadas para reconstituir mudanças e transformações culturais [...]. Os traços esvoaçantes das pinturas florentinas no século XV, as inovações lingüísticas de Rabelais, a cura dos males reais pelos monarcas ingleses e franceses [...] cada um desses fatos tem sido tomado como uma pequena, mas significativa chave para fenômenos muito mais gerais: a perspectiva de uma classe social, ou de um escritor, ou de uma sociedade inteira (GINZBURG, 2007, p. 127).

Giovanni Morelli, médico italiano que, no final do século XIX, propôs um novo método para a atribuição da autoria de quadros antigos, o que "suscitou entre os historiadores de arte reações contrastantes e vivas discussões" (GINZBURG, 2007, p 144), considera que, na análise de obras de arte, faz-se necessário analisar os pormenores mais negligenciáveis como, os lóbulos das orelhas, as unhas, as formas dos dedos das mãos e dos pés. Ainda segundo Morelli, esses dados reveladores eram importantes porque constituíam os momentos em que o controle do artista, ligado à tradição cultural, distendia-se para dar lugar a traços puramente individuais, "que lhe escapam sem que ele se dê conta" (GINZBURG, 2007, p. 150).

Freud, pai da psicanálise, reconhece "a considerável influência intelectual que Morelli exerceu sobre ele, numa fase anterior à descoberta da psicanálise" (GINZBURG, 2007, p. 148). Nesse sentido, verificamos que tanto em Freud quanto em Morelli, a análise de dados aparentemente sem importância, de pistas supostamente sem relação (a relação entre partes secundárias das pinturas analisadas por Morelli ou a associação livre de palavras e frases, como ocorre na sessão de psicanálise), "permitem captar uma realidade mais profunda, de

outra forma inatingível" (GINZBURG, 2007, p. 150). É também com base em indícios que Sherlock Holmes, personagem criado por Arthur Conan Doyle, desvenda crimes, interpretando pegadas na lama, marcas de sangue em lenços, cinzas de cigarro em cinzeiros ou mesmo caídas no chão. Segundo Ginzburg:

> Nos três casos, entrevê-se o modelo da semiótica médica; a disciplina que permite diagnosticar as doenças inacessíveis à observação direta na base de sintomas superficiais, às vezes irrelevantes aos olhos do leigo [...]. Mas não se trata simplesmente de coincidências biográficas. No final do século XIX – mais precisamente, na década de 1870-80 -, começou a se firmar nas ciências humanas um paradigma indiciário baseado justamente na semiótica (GINZBURG, 2007, p. 151).

Nas análises aqui realizadas, também recorremos a esses indícios, considerados por muitos como descartáveis e/ou sem importância. As falas dos entrevistados são vistas sob essa perspectiva. Dessa forma, tais falas não são provas de uma verdade incontestável, mas indícios que: i) indicam uma relação com a memória; ii) apontam para a presença de estereótipos que circulam em nossa sociedade e que afetam os "sujeitos marcados" na pele; e iii) revelam certo funcionamento inconsciente. Como afirma Ginzburg:

> As fontes não são nem janelas escancaradas, como acreditam os positivistas, nem muros que obstruem a visão, como pensam os cépticos: no máximo poderíamos compará-las a espelhos deformantes. A análise da distorção específica de qualquer fonte implica já um elemento construtivo. Mas a construção [...] não é incompatível com a prova; a projeção do desejo sem o qual não há pesquisa, não é incompatível com os desmentidos infligidos pelo princípio de realidade (GINZBURG, 2007, p. 44).

As entrevistas analisadas neste trabalho foram, portanto, assim como as marcas deixadas na pele, uma forma de acesso a algo que não pode ser nunca totalmente alcançado, mas que pode ser, ao menos, vislumbrado e, a partir daí, interpretado.

2 PELE E MEMÓRIA

Nesta parte do trabalho, seguindo nossa proposta inicial, apresentamos a relação da pele, órgão do corpo humano, com a memória, aqui pensada, inicialmente, na perspectiva da memória coletiva, de Halbwachs (1990), por ele tratada como fenômeno social: a memória da pessoa atrelada à memória do grupo, concebendo, assim, a memória coletiva como uma das características de cada sociedade. Trata-se, mais especificamente, de, como anunciamos na Introdução, mostrar como as marcas da/na pele funcionam como marcas de memória, as quais contribuem para constituição do sujeito marcado.

Em nossa pesquisa, realizamos um trabalho de deslocamento aplicado à teoria da memória coletiva, defendida por Halbwachs. Por meio dessa abordagem, consideramos como coletivo todo o conjunto, o grupo constituído por sujeitos "marcados", os quais, embora não apresentem relações de convivência entre si, relatam, todos, em suas falas, por conta da existência das marcas e das suas relações com a memória, o mesmo sentimento de dor, de percepção de exclusão, de compreensão de serem vistos como "diferentes" e, como, dessa forma, também passam a se sentir, conjuntamente, "diferentes".

No decurso das entrevistas, pudemos observar que algumas falas assumiam um formato de narrativa, na perspectiva assinalada por Vaz (2006, p. 59):

> Narrar é reelaborar a história tal como ela *relampeja* nesse momento — como se lerá nas *Teses* — tal como o narrador, por sua presença corporal, sensorial, pode ser-lhe testemunha. Trata-se, portanto, do relato presencial de uma experiência corporalmente vivida, mesmo que seja a de ouvir a narração.

Nesse sentido, o autor ainda nos alerta para o fato de que o "narrador recoloca-se como um necessário operador da matéria viva, da história e da memória (VAZ, 2006, p. 59)", especialmente quando o paciente é o narrador e, sob essa condição, relata ao médico sobre sua doença e, dessa forma, traz à "consciência, as suas dores" (VAZ, 2006, p. 59).

Destacamos, portanto, que relembrar o passado no presente implica reconstruir esse passado, refletir, a partir das ideias e imagens do agora, as experiências vivenciadas no passado. Segundo Halbwachs (1990, p. 25), trata-se de primoroso trabalho de reelaboração de imagens e sensações, agora abordadas por um outro eu, o de hoje, não aquele que fomos no passado. Nossa compreensão de mundo se altera com o tempo, com as novas vivências que se materializam no percurso das nossas itinerâncias e, assim, ao rememorarmos fatos passados, o fazemos recorrendo às impressões gravadas em nós. Trata-se, portanto, de marcas de

memória. Bosi (1994, p. 55) nos adverte que, para Halbwachs, as imagens oníricas, as quais relaciona com as reminiscências da primeira infância, emergem para o consciente livres de um compromisso fiel à ordem cronológica real, pois seu compromisso é apenas com aquela ordem que cada um de nós organiza ao rememorar um fato. Ordem essa regulada pela intervenção constante que a autoimagem do eu faz sempre que o passado remoto é sonhado ou evocado. Em seu trabalho *Memória e Sociedade - Lembranças de Velhos* (1994), essa autora articula os discursos dos idosos entrevistados com conceitos defendidos por Halbwachs, como, por exemplo, o conceito por meio do qual ele examina, detalhadamente, o modo pelo qual se vai formando a "reconstrução do passado". Para Bosi (1994, p. 56), "o instrumento definitivamente socializador da memória é a linguagem", pois essa mostra seu papel reunificador e reaproximador, "num mesmo espaço histórico e cultural, da imagem do sonho, a imagem lembrada e as imagens da vigília atual" (BOSI, 1994, p. 56). É o que vemos no seguinte trecho de uma das entrevistas que analisamos, na qual a entrevistada é portadora de nevo gigante congênito[1], localizado no tronco, à altura da região que encobre a área do decote:

> **Excerto 1**
> Então, naquela época, algumas tias, né, tinham o desagradável hábito de dizer que eu era marcada por coisa ruim! Nessa época eu sofria! Porque além de você ter um... eu tinha uma mancha que eu não sabia o que era, né?... Hoje, não! Hoje eu convivo bem com elas, graças a Deus estamos bem! [E6] – Nevo gigante congênito.

Acima, trazemos um exemplo de como a apreensão de novas compreensões sobre sua "marca" (nevo gigante congênito), elaboradas a partir de experiências inicialmente atemorizantes e desagradáveis, de certa forma segregacionistas e de forte impacto, uma vez que oriundas de comentários de familiares próximos, estabeleceram uma nova relação de convivência com tal condição. Dessa forma, no momento da entrevista, o qual é marcado pelo dêitico "hoje", ao referir-se à mancha, ao vê-la fazendo parte do seu "eu" atual, o qual reencontra, na evocação das lembranças, o seu "eu" do passado, marcado pela expressão anafórica "naquela época", há um manifesto sentimento de tranquilidade e de uma consequente aceitação, o que se mostra diferente dos sentimentos do passado. É o que também verificamos no seguinte trecho de uma outra entrevista:

---

[1] Má-formação benigna, cujo diâmetro é igual ou superior a 20 cm, e é constituída por células melanocíticas. Está presente desde o nascimento. Ainda nesse capítulo, no subtópico "A pele doente", explicaremos mais detidamente as características desta marca.

> **Excerto 2**
> Atrapalhou um pouco, agora, hoje em dia, eu consigo lidar com essas complicações bem melhor do que antes!
> Antigamente eu não falava, eu tinha vergonha, hoje eu já falo! Que parece que a pessoa já te vê com outros olhos, assim, já muda a visão, né?
> Porque é difícil! Mas não deixo de ir! Hoje eu não deixo de ir em nada em função da psoríase! Já deixei muito quando era nova, mas hoje eu não deixo! [E3] – Psoríase.

Pelos mesmos caminhos, mostramos, na entrevista acima, outro exemplo de como a compreensão atual modificou as angústias do passado, nas relações do "eu com minhas marcas", bem como nas suas referências e correlações permeadas pelo convívio com o outro, pelo julgamento do outro, na vida social. É isso o que mostra Bosi (1994), quando afirma que as diversas categorias presentes nas relações sociais humanas – tempo, espaço, causa e efeito – são constantemente ressignificadas pela ação da linguagem e sempre estão ao nosso lado, "tanto na vigília, de modo coeso, quanto no sonho, de modo frouxo e amortecido, mas identificável" (BOSI, 1994, p. 56).

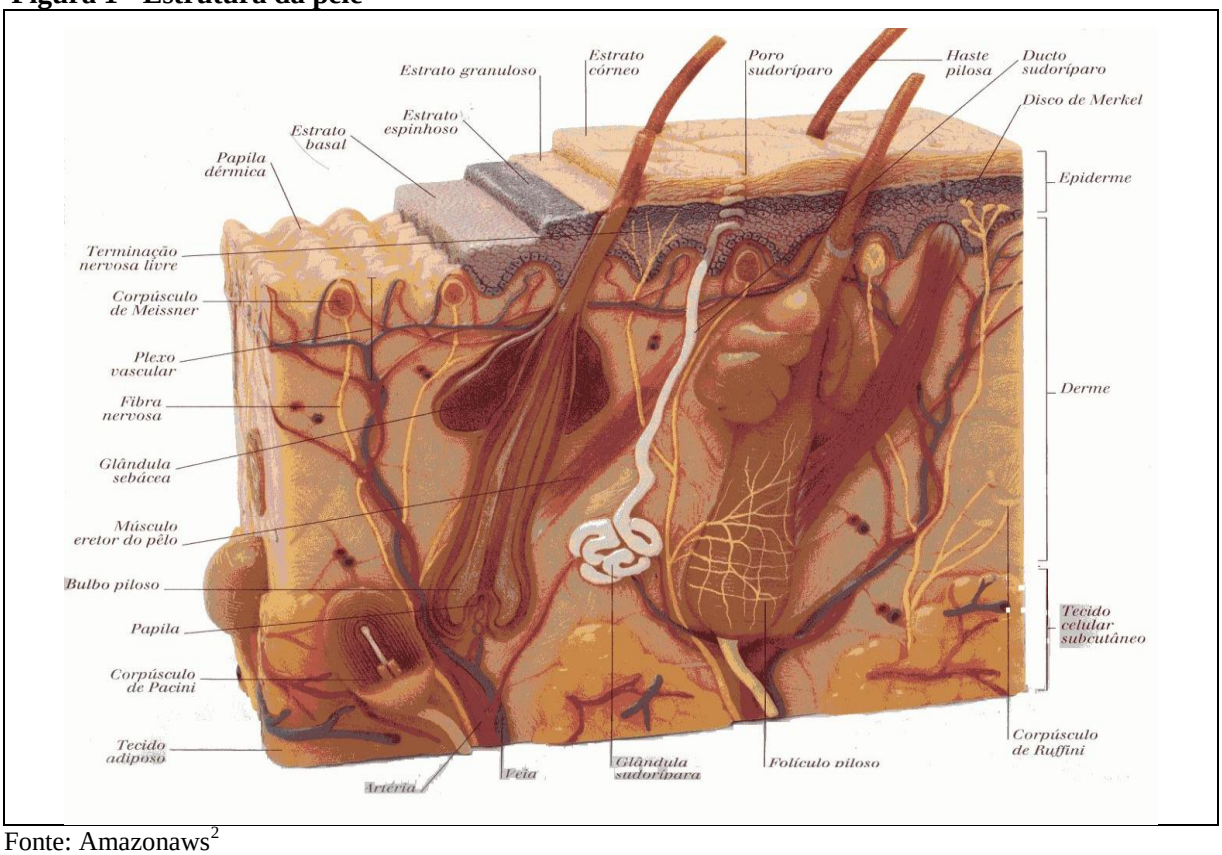
2.1 A PELE

Antes de prosseguirmos com as análises, nas quais mostramos a relação entre marcas na/da pele e memória, apresentamos uma breve discussão acerca da pele, mostrando sua constituição e refletindo sobre sua importância na/para a vida do sujeito.

A pele ou cútis é o manto de revestimento do organismo humano, indispensável à vida e responsável por isolar os componentes orgânicos do meio exterior. Compõe-se, essencialmente, de três camadas: uma camada superior – a epiderme; uma camada intermediária, a derme ou cório; e uma camada profunda, a hipoderme, ou tecido celular subcutâneo (Figura 1). A superfície cutânea apresenta, ainda, de acordo com os segmentos corpóreos, variações e pregas, articulares e musculares, orifícios pilossebáceos e orifícios sudoríparos, esses dois últimos também responsáveis pelas alterações de odor, conforme a distribuição regional. A cor da pele é determinada pela conjunção de vários fatores, alguns de ordem genético-étnica, como a quantidade de pigmento – a melanina; outros, de ordem individual, regional e mesmo sexual, como a espessura de seus vários componentes e, ainda, o conteúdo sanguíneo de seus vasos. O revestimento cutâneo corresponde a mais de 15% do peso corpóreo de um ser humano e apresenta grandes variações ao longo de sua extensão, ora sendo mais flexível e elástico, ora sendo mais rígido (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 1).

Trata-se do maior órgão do corpo humano. Como uma roupagem contínua e flexível, envolve-nos por completo. Do ponto de vista da embriologia, é o mais antigo dos nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação e contato com o mundo, nosso mais eficiente protetor (MONTAGU, 1988, p. 21). Na evolução dos sentidos, o tato foi, sem dúvida, o primeiro a surgir. O tato é a origem dos nossos olhos, ouvidos, nariz e boca. Talvez, depois do cérebro, a pele seja o mais importante de todos os nossos sistemas e órgãos.

Figura 1 - Estrutura da pele



Fonte: Amazonaws[2]

Tanto a pele como o sistema nervoso central originam-se da mais externa das três camadas de células embriônicas, a ectoderme. Esta constitui uma camada que envolve todo o corpo embriônico. A ectoderme também se diferencia em cabelos, dentes, e nos órgãos dos sentidos: olfato, paladar, audição, visão e tato; ou seja, em tudo que nos liga ao que acontece fora do corpo. O sistema nervoso central, cuja função principal é manter o organismo informado do que acontece fora dele, desenvolve-se como a porção da superfície geral do corpo embriônico que se vira para dentro. O restante do revestimento de superfície, após a diferenciação do cérebro, da medula espinhal e de todas as demais partes do sistema nervoso

[2] Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAABqeEAC-0.jpg>

central, torna-se pele e seus derivados: pelos, unhas e dentes. Portanto, o sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso (MONTAGU, 1998, p. 22-23).

Na sua condição de primordialidade e grande extensão, a pele, juntamente com seus apêndices, permite que o organismo apreenda o que é seu ambiente. É por meio da pele e de seus anexos que percebemos o mundo externo e alimentamos o nosso mundo interno. O rosto e as mãos, como órgãos dos sentidos, não só transmitem ao cérebro informações sobre o meio ambiente, como também lhe passam determinadas informações relativas ao sistema nervoso interno. Ademais, a pele exerce forte apelo sexual, participando, assim, ainda que indiretamente, dos processos de perpetuação da espécie (MONTAGU, 1998, p. 23).

Ao longo de toda a vida, a pele, esse extraordinário tecido, encontra-se em estado de contínua renovação através da atividade fisiológica das células de sua camada basal. As células da pele caem a uma razão de mais de um milhão por hora (MONTAGU, 1998, p. 23). Em média, a cada 52-75 dias, em média, renovamos todo o nosso epitélio de revestimento (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 3).

Ao tratar de aspectos imunológicos, a ciência já comprovou a existência da memória da pele, bem como sua importância na manutenção do equilíbrio da vida (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 45-47). A imunidade compreende um conjunto de respostas específicas e altamente complexas de um organismo a estímulos endógenos e exógenos, e utiliza recursos de apurada vigilância imunológica (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 45). Desenvolvida organicamente como primeira linha de defesa, a pele apresenta estruturas e grupamentos celulares especialmente desenvolvidos para tal finalidade, tais como as células T, as células de Langerhans, dentre outras, consideradas responsáveis pelo desenvolvimento da “memória imunológica”.

> O sistema imunológico é composto por órgãos, tecidos e células especializadas ou não que visam defender a integridade do organismo, reconhecendo e eliminando qualquer agente estranho a ele; discrimina o que lhe é intrinsecamente próprio do que não lhe é próprio, isto é, reconhece que determinada substância não faz parte do organismo e, portanto, deve rejeitá-la (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 15).

Seguindo essa linha de raciocínio e percepção, poderíamos ainda pensar na pele como estrutura dotada de capacidade para “gravar”, “arquivar” informações importantes para a defesa orgânica, portanto, essenciais à manutenção da vida. Tal processo ocorre por meio de estímulos provocados pelas vacinas e infecções, as quais elaboram uma “memória do

patológico", registrando a experiência do uso de recursos de combate e de defesa, até então desenvolvidos pelo organismo. Tudo se passa como se as nossas células tivessem a capacidade de "gravar" a tal experiência ruim – o processo infeccioso – o fenômeno agressivo e ameaçador, como também de "memorizar" formas eficientes de reagir a ele.

A função de barreira inerente à pele íntegra, sadia, delimita o que o sujeito permite que entre em si mesmo, bem como o que ele não permite receber e o que deseja que saia de si próprio. A todo instante, sempre em contato com o ambiente que a cerca, a pele reproduz e reconfigura movimentos do mundo exterior. Alterações na pele podem revelar medo e ansiedade, impaciência e intolerância; baixa autoestima, sentimentos de rejeição, carências. Trata-se, portanto, de formas de mostrar o que aprisionamos dentro de nós e de externarmos o que nos falta. Nas palavras de Marzano, a pele é:

> Limite de sentido e de desejo, ela liga e separa, organiza a relação no mundo, é uma instância de regulação, um filtro, ao mesmo tempo psíquico e somático. A pele é saturada de inconsciente e de cultura, ela desvenda o psiquismo do indivíduo, mas também aquilo que ele assume na ligação social, na história que o envolve. O privado e o público juntam-se nela. Ela é o ponto de contato com o mundo e os outros e é sempre um material de sentido (MARZANO, 2012, p. 963).

Tal como um espelho de dupla face, o revestimento cutâneo reage ao que vê exteriormente, e ao que sente interiormente. Considerando a riqueza de sentidos expressados e apreendidos pela pele, podemos ainda supor a existência de "ecos" que reverberam sobre as "inscrições", sobre os signos ali encontrados, fazendo uma alusão à sonoridade que podemos "escutar" por meio da pele. Trata-se de uma "sonoridade" que ela nos transmite, ao simples toque, à sutileza dos cheiros, ao atencioso olhar. Assim, defendemos, nesta tese, que é possível compreender a existência humana por meio da história/memória da pele.

2.1.1 A pele doente

Ao conceituar "doença" como um estado de desequilíbrio das funções orgânicas, consideramos uma pele doente quando a mesma, por motivos das mais variadas ordens e natureza, encontra-se incapacitada de cumprir com suas funções essenciais na manutenção do equilíbrio e da saúde do corpo humano e, portanto, de sua integridade. Nessa perspectiva, as doenças da pele sinalizam, além dos prováveis riscos e ameaças à própria vida, nos aspectos relacionados à área dos cuidados médicos, também problemas de ordem psicossocial, uma vez

que as manifestações das doenças da/na pele, devido à grande extensão desse órgão, muitas vezes se mostram de maneira explícita, já que grande parte da pele se encontra exposta, de modo cruelmente acessível ao olhar do observador, como ocorre, por exemplo, no caso das regiões da face, do couro cabeludo, dos antebraços e das mãos. A esse respeito, Müller mostra como a explicitude da pele pode ser problemática em alguns casos:

> A doença de pele também traz o estigma do sujo, feio e contagioso. Muitos pacientes relatam situações de que várias pessoas se negam a cumprimenta-los quando eles lhes estendem a mão, certamente com receio de que seja contagioso, ou se afastam, evitando proximidade. O paciente passa a ser um estranho em uma sociedade superficial, glamorosa, que cultua o belo e rejeita o que não se mostra conforme. Sem dúvida, isso atinge a pessoa no seu âmago, pois ela é descartada antes de qualquer possibilidade de relação (MÜLLER, 2014, p. 71).

Nessas circunstâncias, podemos facilmente compreender a necessária interação que deve ser estabelecida e cultivada entre o paciente e seu dermatologista, a fim de que os cuidados médicos possam alcançar, além da ordem dos cuidados físicos, também aqueles da ordem emocional, uma vez que as doenças da pele operam nessas duas instâncias.

Várias são as condições que podem comprometer a plena integridade das funções cutâneas como, por exemplo, os processos infecciosos, sejam de origem viral, fúngica, ou bacteriana. Ademais, também as desordens inflamatórias, decorrentes de distúrbios metabólicos, de processos alérgicos, de agressão química, física ou neoplásica (proliferação anormal de células benignas ou malignas), podem protagonizar fenômenos relacionados às doenças da pele. Destacamos, ainda, a participação dos eventos secundários a traumas decorrentes de acidentes ou situações de violência.

Embora a maioria das doenças que acometem ou se manifestam na pele seja passível de tratamento efetivo e satisfatório, muitas delas ainda carecem de maiores estudos e pesquisas que possam resultar na cura definitiva. Algumas, apesar das possibilidades de controle, que permitem ao(s) sujeito(s) acometido(s) por tais enfermidades terem uma boa qualidade de vida, ainda não apontam, em algumas situações, para a remissão completa, e conservam, na pele afetada, sinais indeléveis e, por vezes, constrangedores de sua presença. Para melhor compreensão das análises desenvolvidas neste trabalho, consideramos de fundamental importância prestar alguns esclarecimentos sobre as patologias cutâneas aqui abordadas, como é o caso de alguns exemplos que apresentamos, como a psoríase, o vitiligo, o nevo melanocítico, as cicatrizes e o lúpus eritematoso cutâneo, sobre as quais trazemos, a seguir, algumas informações básicas.

A psoríase (Figuras 2 e 3) é uma dermatose inflamatória, de caráter crônico e recorrente, que está associada a uma rápida e descontrolada proliferação epidérmica, caracterizada clinicamente por lesões avermelhadas, róseas e descamativas.

Foi descrita por Hipócrates (460-377 a.C.) com os termos *psora* e *lepra* e Willan (1757-1812) a descreveu como duas entidades distintas, *lepra graecorum* e *psora lepra.* Posteriormente, Hebra (1816-1880) mostrou tratar-se de uma única afecção que foi chamada psoríase (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 231).

As lesões da psoríase podem acometer qualquer região do tegumento (o revestimento do corpo humano – a pele, cabelos e unhas), sendo de manifestação mais frequente no couro cabeludo, nos cotovelos, joelhos e unhas como, também, eventualmente, nas grandes dobras cutâneas. Em alguns casos, as lesões podem estar associadas a episódios de intenso prurido (coceira) e, também, apresentar importante acometimento articular. O ciclo evolutivo das células epidérmicas é mais rápido na psoríase do que na pele normal, o que levaria, devido à imaturidade das mesmas, a grande produção de escamas. Estudos recentes mostram que a velocidade de trânsito das células epidérmicas, na psoríase, é de cinco dias, enquanto que na pele normal é de treze dias (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 71).

Não podemos deixar de mencionar a importância que desempenham alguns fatores ocasionais para a instalação ou o agravamento da doença. Destacamos o clima, a luz, drogas, traumas e micro traumatismos cutâneos, quer físicos, químicos, elétricos ou cirúrgicos; as infecções, as alterações metabólicas e endócrinas; o fumo e o álcool; além dos fatores psicogênicos e do estresse emocional, representado pelas perdas ou modificações na vida (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 72). Nesse sentido destacamos que:

> Mesmo diante de todos esses estudos confirmando a participação de fatores emocionais no desencadeamento e/ou agravamento da psoríase, o manejo clínico convencional (tratamentos tópicos, sistêmicos, fototerapia e biológicos) dá pouca ênfase aos aspectos psicológicos da doença. No atendimento médico a diversos pacientes com doenças dermatológicas, boa parte dos profissionais não possui uma percepção acurada da extensão da morbidade psiquiátrica envolvendo os pacientes. Somente a minoria destes recebe uma abordagem relacionada ao comprometimento psicológico (ISAAC; TOSTA, 2014, p. 110).

Estima-se que a psoríase afete de 2 a 3% da população mundial. Tem distribuição universal e acomete igualmente ambos os sexos, com maior incidência entre a segunda e a quarta décadas de vida, sendo mais comum nos grupos de etnia branca e de ocorrência excepcional nos negros (SITTART, 1998, p.103). Quando tem início na infância, indica uma

maior gravidade do processo. De causa ainda não completamente esclarecida, é geneticamente determinada – cerca de dois terços dos casos têm história familiar, provavelmente multifatorial, o que significa dizer que é de herança poligênica e requer fatores ambientais para sua expressão (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 71). Além disso:

> O grau de incapacidade e do impacto na qualidade de vida provocado pela psoríase tem sido comparável ao de outras doenças crônicas, como diabetes, asma, cardiopatias e câncer. É importante considerar qual o aspecto da qualidade de vida está comprometido nesses indivíduos para decidir a intervenção necessária além do tratamento clínico (ISAAC; TOSTA, 2014, p. 110).

O curso evolutivo da doença é agudo, com involução após algumas semanas. Casos recidivantes se apresentam com relativa frequência. De uma maneira geral, o prognóstico é bom, entretanto, há casos extremamente graves, de difícil controle, com sérias repercussões para a vida do doente.

Figura 2 - Psoríase na face

Fonte: Atlas dermatologico[3]

[3] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 3 - Psoríase em membros inferiores

Fonte: Atlas dermatologico[4]

Figura 4 - Psoríase na nuca

Fonte: Atlas dermatologico[5]

[4] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
[5] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 5 - Psoríase no pé e na mão

Fonte: Global skin atlas[6]

Figura 6 - Psoríase em Cotovelos

Fonte: Global skin atlas[7]

[6] Disponível em: < http://www.globalskinatlas.com>
[7] Disponível em: < http://www.globalskinatlas.com>

Figura 7 - Psoríase disseminada

Fonte: Global skin atlas[8]

O vitiligo (Figuras 8 a 12) é uma anomalia de ordem pigmentar da pele, adquirida, frequentemente desfigurante, caracterizada pela presença de manchas brancas, despigmentadas, em decorrência da ausência total de melanina (pigmento responsável pela coloração da pele, conforme a etnia), circundada por áreas de pele normal. Estas manchas podem se manifestar em qualquer região da pele, sendo que, comumente, aparecem inicialmente na face e dorso das mãos. Quando atinge áreas pilosas, os pelos da região afetada também perdem a coloração e ficam brancos.

Há dados referentes ao vitiligo desde cerca de 1500 a.C., no antigo Egito. Também é citado na Índia Antiga, no Corão, tendo sido várias vezes confundido com a Lepra e, na Bíblia, há referências a manchas brancas na pele como lepra, "associadas ao pecado, a uma mancha espiritual" (MÜLLER, 2014, p. 68). Ainda segundo Müller:

> Esse aspecto é importante, pois contribui anda hoje para o estigma social associado às manchas brancas na pele como algo sujo. Quanto à origem, a palavra deriva do grego *vitelus*, que significa bezerro: as manchas do vitiligo se assemelham às dos bezerros (MÜLLER, 2014, p. 68).

Diversas palavras antigas serviram para nomear essa afecção: *schwetakushta* no livro sagrado hindu *Atharva Veda* (1400 a.C.); *suitra* em Manusmriti (200 a.C.); *bohak* e *baras*, para os árabes (FITZPATRICK et al., 1980, p.638, v. I).

[8] Disponível em: < http://www.globalskinatlas.com>

> Las referencias bíblicas al leucoderma como lepra se remontam a la traducción de la palabra hebrea *zora'at* (Levítico, 13:2) por los eruditos Septuagintos, em el año 250 A.C., más o menos, como *lepra.* Las pandemias de lepra em la Edad Media y los abundantes mitos y confusiones históricas han servido, incluso em épocas recientes y em particular em países subdesarrolados, para acusar de "leprosos impuros" a enfermos de vitiligo. La traducción oficial católica norteamericana de la Bíblia, de 1952, contiene uma nota al pie que aclara que Levítico 13:2 quiere decir, no la enfermedad de Hansen, sino uma variedade de manchas cutâneas que hacían los devotos espiritualmente impuros". Pese a todo, la nueva traducción al inglês del Nuevo Testamento de 1963, insiste en traducir *lepra* (FITZPATRICK et al., 1980, p.638, v. I).

Assim, o termo lepra foi usado indiscriminadamente para designar um grupo numeroso de afecções cutâneas e o uso do termo vitiligo foi muitas vezes utilizado para referir-se a outras diversas dermatoses que se apresentam com alterações hipocrômicas da pele (FITZPATRICK et al., 1980, p.638, v. I).

Ferimentos na pele podem dar origem a novas lesões, geralmente bilaterais. Lentamente, as lesões aumentam de tamanho e surgem em outras áreas. Acomete indivíduos de qualquer etnia e atinge cerca de 1% da população mundial. De uma maneira geral, a incidência é semelhante em ambos os sexos. Em 30 a 40% dos casos, encontra-se uma história familiar.

Figura 8 - Vitiligo no tronco

Fonte: Atlas dermatologico[9]

[9] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 9 - Vitiligo na face

Fonte: Atlas dermatologico[10]

Figura 10 - Vitiligo nas mãos

Fonte: Atlas dermatologico[11]

[10] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
[11] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 11 - Vitiligo em tronco e membros superiores

Fonte: Dermis Net[12]

Figura 12 - Vitiligo nos joelhos

Fonte: Dermis Net[13]

[12] Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en>
[13] Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en>

Existem várias teorias que tentam esclarecer as causas do vitiligo, mas nenhuma delas consegue alcançar pleno êxito. Entretanto, sabe-se que o vitiligo está associado a doenças autoimunes, às doenças da tireoide, ao diabetes e aos eventos de forte impacto emocional, tais como as perdas de entes queridos (SITTART, 1998, p. 238).

Não há como prever o tipo e a extensão da evolução da doença e, assim, o vitiligo pode permanecer estável durante anos e voltar a se desenvolver ou a regredir espontaneamente, por meio de mecanismos ainda não completamente esclarecidos. Não é incomum, num mesmo paciente, ocorrer a regressão de algumas lesões, enquanto que outras se desenvolvem.

O vitiligo não cursa com sintomas, não proporciona limitações físicas e não é letal (MÜLLER, 2014, p. 68). Muitos pacientes referem-se a problemas emocionais que se manifestaram depois do aparecimento das lesões, acompanhados de substancial piora do quadro clínico.

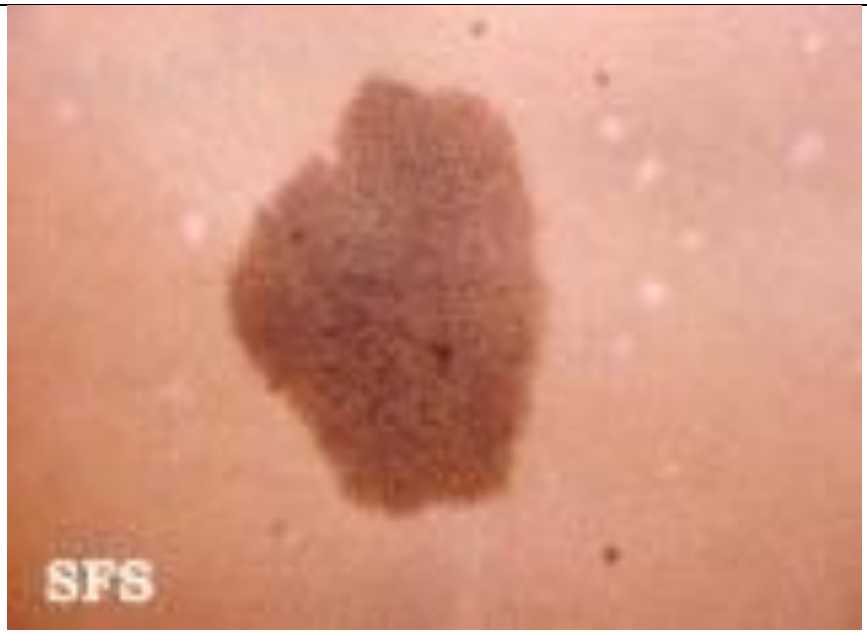
Embora, na maioria das vezes, seja capaz de causar prejuízos apenas de ordem estética, sem representar riscos à saúde física, essas alterações, algumas vezes desencadeiam distúrbios psicossociais de grande importância (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 57), que podem prejudicar o convívio social e agravar a manifestação da doença, assumindo, assim, efeitos psicológicos devastadores.

Quanto ao tratamento do vitiligo, qualquer que seja a opção idealizada para o paciente, esta deverá ser sempre individualizada e será, certamente demorada, exigindo muita paciência, por parte todos, o médico, o paciente e seus familiares próximos. A repigmentação das lesões ocorre por meio do retorno da atividade dos melanócitos presentes nos folículos pilosos, e tal atividade se fará notar pelo aparecimento de pequenas novas lesões semelhantes a um pontilhado de pele com coloração normal, que surge dentro das manchas brancas. Esses pontos aumentam progressivamente de tamanho, se fundem, juntando-se uns aos outros até enfim pigmentar, de forma completa ou ainda parcial, a região cutânea atingida.

Nevus ou Nevo (Figuras 13 a 18) é uma malformação benigna, em geral circunscrita e sem conotação genética. Pode estar presente, ou não, ao nascimento (congênito), ou surgir depois (adquirido) e apresentar, em sua constituição, células pertencentes a qualquer estrutura tecidual da pele, como por exemplo, nevo melanocítico (composto por melanócitos – células que produzem o pigmento da pele, a melanina), nevo epidérmico (composto por ceratinócitos – células que compõem a epiderme), nevo écrino (composto por glândulas écrinas, como por exemplo, a glândula sudorípara) etc. (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 445). Os nevos podem atingir grandes dimensões — são considerados nevos gigantes quando apresentam diâmetro

igual a ou maior que 20 cm — apresentar coloração variada (cor da pele, marrom claro, marrom escuro, rosados, azulados, acinzentados ou enegrecidos), apresentar superfície lisa ou irregular, bem como exibir margens regulares ou irregulares e podem, ademais, sofrer modificações ao longo de sua história natural, devido à sua natureza dinâmica. São chamados, na linguagem popular, de "pintas" e, impropriamente, de "verrugas". Geralmente, começam a surgir na infância, aumentando em número até a quinta década da vida humana, quando o número de novas lesões tem tendência a diminuir (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p.1229). Localizam-se, preferentemente, no tórax, região glútea e membros inferiores, mas podem manifestar-se em qualquer região do corpo, inclusive na face, no couro cabeludo, na região genital e na região das mucosas oral e oftálmica.

Figura 13 - Nevo melanocítico - tronco



Fonte: Atlas dermatologico[14]

[14] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 14 - Nevo melanocítico composto - face

Fonte: Atlas dermatologico[15]

Figura 15 - Nevo melanocítico gigante - tronco

Fonte: Atlas dermatológico[16]

[15] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
[16] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 16 - Nevo melanocítico gigante - membro superior

Fonte: Global skin atlas[17]

Figura 17 - Nevo melanocítico - região cervical

Fonte: Atlas dermatológico[18]

[17] Disponível em: <http://www.globalskinatlas.com>
[18] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 18 - Melanoma cutâneo

Fonte: Atlas dermatológico[19]

De uma maneira geral, os nevos têm uma evolução benigna, e não necessitam de tratamento, entretanto, alguns podem evoluir para melanoma (tumor maligno de melanócitos ou de células névicas), sendo que os nevos gigantes apresentam maior risco de malignização, entre 4 e 10%. Os sinais de alerta para possível transformação maligna (melanoma) dos nevos são reconhecidos por alterações em suas dimensões, nas bordas, na cor, pela presença de sangramento, de ulceração (ferida), de eritema (vermelhidão), de dor e/ou prurido (coceira). Nessas condições, torna-se obrigatória a exérese (remoção) do nevo, com subsequente análise histopatológica (biópsia) da lesão removida (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 1229-1230).

Uma cicatriz (Figuras 19 a 23) é uma sequela, de dimensões variáveis, decorrente da proliferação de tecido fibroso, e não deve ser confundida com reparação, pois nesta a pele volta a apresentar suas características originais (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 41). De acordo com Sampaio e Rivitti, as lesões cicatriciais podem situar-se em qualquer parte do corpo e se caracterizam por seu aspecto variável e multiforme; suas formas dependem do agente e/ou do trauma que contribuí(ram) para a sua gênese. Podem apresentar várias alterações de cor, sendo claras, escuras, rosadas ou brancas. Ademais, também podem ser salientes ou deprimidas, móveis, retráteis ou aderentes. Não apresentam, em sua superfície,

[19] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

sulcos, poros e pelos. Resultam como resposta de reparação frente a um processo destrutivo da pele e associam atrofia (diminuição da espessura da pele), fibrose (espessamento de tecido fibroso) e discromia (alterações da cor da pele) (SAMPAIO, 2007; RIVITTI, p. 111).

Ainda, segundo Sampaio e Rivitti (2007, p. 111), uma cicatriz pode ser:

- Atrófica – Cicatriz fina, pregueada, papirácea;
- Críbrica – Cicatriz perfurada por pequenos orifícios;
- Hipertrófica – Cicatriz nodular, elevada, vascular, com excessiva proliferação fibrosa, e com tendência à regressão.

A diferenciação entre uma cicatriz hipertrófica e uma cicatriz queloide é que nesta a proliferação do tecido fibroso ultrapassa os limites do trauma desencadeante e, portanto, atinge maior dimensão, podendo assumir, por vezes, um aspecto tumoral (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 41).

Eventualmente, o carcinoma espinocelular (tipo de câncer cutâneo) pode se desenvolver sobre áreas de cicatrizes antigas de qualquer natureza (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 387).

Embora a maioria das cicatrizes possa, de uma maneira geral, ter seus aspectos melhorados, mediante intervenções variadas, disponíveis à ação médica especializada (técnicas de enxertia, laser, subcisão, dentre outras), nem todas as cicatrizes estão susceptíveis a respostas completamente satisfatórias para os pacientes e seus médicos, apesar de todos os esforços empregados. Sendo assim, tais “marcas”, particularmente quando localizadas em áreas expostas do corpo, estão, muitas vezes, relacionadas a um imenso sofrimento psíquico, atrelado ao trauma físico.

Ademais, devido ao grande impacto emocional causado pela existência de algumas cicatrizes, frequentemente encontramos, na literatura, no cinema, nas artes, de uma maneira geral, sentidos metafóricos a elas atrelados, para além do visível. Nesse sentido, há quem diga até que as cicatrizes podem existir, também, “na alma”, numa referência a marcas que remetem a sentimentos de profundos significados. Toda cicatriz deixa sua marca, e cada uma delas guarda, em si mesma, dentre outras coisas, a memória do evento traumático que a gerou.

Nas imagens destacadas a seguir, apresentamos alguns exemplos de cicatrizes, em algumas de suas mais diversas formas de manifestação:

Figura 19 - Cicatriz hipertrófica

Fonte: Google[20]

Figura 20 - Cicatriz hipertrófica e hipercrômica - abdome

Fonte: Google[21]

[20] Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=cicatriz+hipertrófica&client>
[21] Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=cicatriz+hipertrófica&client>

Figura 21- Cicatriz atrófica

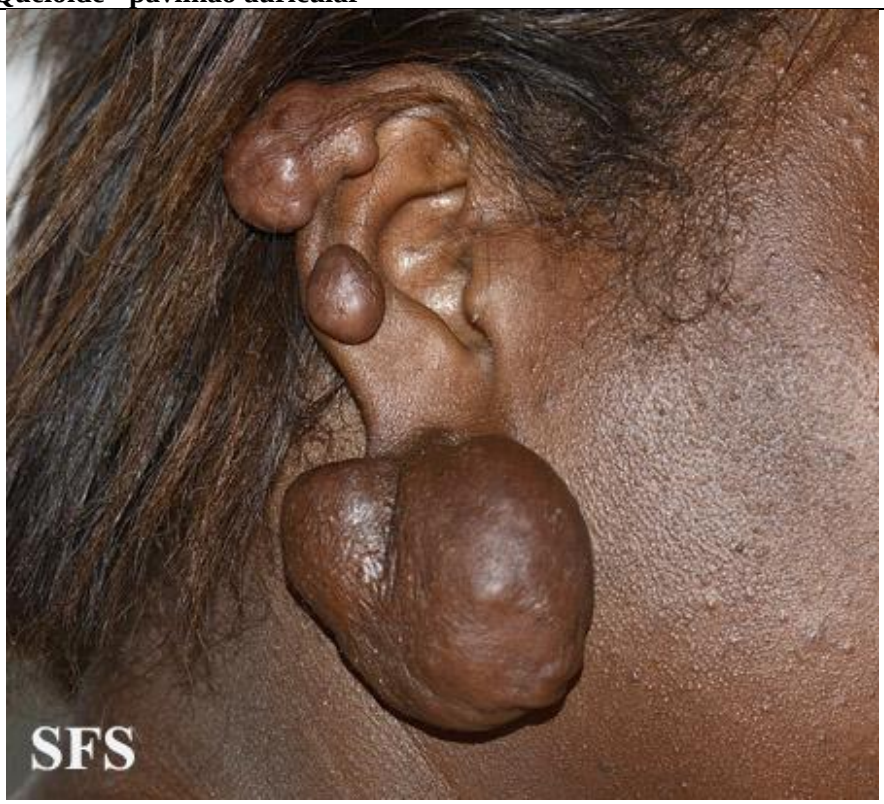
Fonte: Atlas dermatológico[22]

Figura 22 – Queloide - membro superior e tronco

Fonte: Atlas dermatológico[23]

[22] Disponível em: < http://www.atlasdermatologico.com.br>
[23] Disponível em: < http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 23 – Queloide - pavilhão auricular



Fonte: Atlas dermatológico[24]

O termo *lúpus* (que significa algo com aspecto de mordida de lobo) foi usado em princípios do século XIX para designar uma enfermidade destrutiva que se apresentava com ulcerações extensivas, principalmente na face (FITZPATRICK et al., 1980, p.1291; 1299, v. II).

O Lúpus eritematoso (Figuras 24 a 29) é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela presença de lesões cutâneo-vasculares localizadas ou disseminadas. As manifestações cutâneas frequentemente se apresentam nas áreas expostas à radiação solar, portanto áreas corporais não encobertas pelo vestuário, e a fração ultravioleta (UV) é particularmente responsável pela indução ou agravamento das lesões que se apresentam na pele. A enfermidade tem amplo espectro de manifestações clínicas, que vão desde formas exclusivamente cutâneas, como o lúpus eritematoso discoide (LED), no qual os sintomas gerais estão habitualmente ausentes, até a forma do lúpus eritematoso sistêmico (LES), em que, além da participação cutânea, há envolvimento de outros aparelhos e sistemas e os doentes desenvolvem sintomas gerais, além de alterações imunopatológicas características que se manifestam durante os períodos de atividade

[24] Disponível em: < http://www.atlasdermatologico.com.br>

inflamatória. A doença sistêmica (LES) apresenta-se com maior frequência nas mulheres jovens (20 a 40 anos), crianças e neonatos; enquanto que a forma cutânea (LED) costuma ocorrer em grupo etário maior de 40 anos.

Figura 24 - Lúpus eritematoso discoide - lateral da face

Fonte: Atlas dermatológico[25]

[25] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 25 - Lúpus eritematoso discoide - couro cabeludo

Fonte: Atlas dermatológico[26]

Figura 26 - Lúpus eritematoso discoide - face total

Fonte: Atlas dermatológico[27]

[26] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
[27] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 27 - Lúpus eritematoso discoide - região malar direita

Fonte: Dermis Net[28]

Figura 28 - Lúpus eritematoso discoide - região malar esquerda

Fonte: Dermis Net[29]

[28] Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/>
[29] Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/>

Figura 29 - Lúpus eritematoso discoide - face parcial

Fonte: Dermis Net[30]

As lesões cutâneas do lúpus eritematoso, consideradas específicas, caracterizam-se pela presença de placas discoides, de coloração que varia da tonalidade rósea à violeta, com atrofia (adelgaçamento da pele) central e descamação, que afetam frequentemente: i) a face, particularmente a região malar (maçãs do rosto) e o dorso nasal, com aspecto em asa de borboleta; e ii) o couro cabeludo, causando, nesse caso, perda dos cabelos. Nos dois casos, as marcas involuem, deixando em seu lugar cicatrizes atróficas e discrômicas (SAMPAIO; RIVITTI, 2007, p. 455-456).

Diante dos esclarecimentos anteriores, podemos, agora, constatar o alcance dos imensuráveis transtornos de ordem cultural, psicossocial e emocional que acometem os indivíduos que apresentam algumas das marcas decorrentes das patologias cutâneas acima descritas, dentre outras, no seu convívio com o outro, não portador de doença da pele, ou seja, “sadio”. Para exemplificar, apresentamos a fala de uma entrevistada, referindo-se às suas marcas cutâneas determinadas pela psoríase:

[30] Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/>

> **Excerto 3**
> Tem hora que eu sinto, né, mas eu falo que não pode nem ter vergonha mais porque não tem jeito, né? Mas eu fico triste, né, quando eu vejo meu pé desse jeito, fico triste quando olho assim esses cascão no pé, é ruim. É sim, porque a gente fica meio envergonhada, né? [E2] - Psoríase.

No que se refere à psoríase, na qual predominam lesões avermelhadas, róseas e/ou escamosas, as quais, muitas vezes acometem extensas áreas corpóreas, as pessoas não doentes manifestam o medo da possibilidade de contágio, diante de tais imagens que evocam crenças e estereótipos abrigados na memória individual e/ou coletiva. Tal situação também se manifesta nas falas de nossas entrevistadas, como podemos verificar a seguir:

> **Excerto 4**
> Assim, não, eu sempre falava que isso não pega, que o médico falou que isso não pega... num pega em ninguém, o médico, os que me falava, né? Eu não sei, a doutora aí sabe, mas eu não sei, mas o médico falou que não pega em ninguém, a psoria, né ? [E2] - Psoríase;
>
> Falta muita, falta muita informação das pessoas, as pessoas não sabem o que é psoríase e a primeira pergunta que me fazem: "Pega? Que que é isso? Pega como pano branco"? Então, assim, as pessoas não sabem! [E3] - Psoríase.

As duas entrevistadas acima, que estão na mesma condição, pois têm a mesma patologia cutânea, relatam suas percepções em relação ao sentimento de temor do possível contágio, diante do quadro visual de suas marcas na pele. Tais "medos" partiram daqueles outros com os quais mantiveram algum tipo de contato em suas relações sociais. Dessa forma, suas marcas passam a exibir, para elas, um significado maior do que o da própria patologia em si, além do temor inerente ao processo patológico propriamente dito, no curso da dinâmica de suas incertezas, vivenciado pelas entrevistadas. A isso, acrescenta-se o temor expressado pelo(s) outro(s), como gerador de angústia e desconforto nas portadoras das marcas, agora vistas também como elementos transmissores de possíveis ameaças, no fluxo dos contatos sociais.

Assim, nos deparamos com os estereótipos[31] sociais indicados nas reações de comportamento social segregatício e de atitudes de deliberada repulsão; situações nas quais os contatos são evitados, muitas vezes de forma clara e explícita, inclusive por parte dos familiares e das pessoas de convívio mais próximo do doente. Surge, assim, o estereótipo negativo vinculado às pessoas que têm essas marcas corpóreas. De acordo com tal estereótipo, as marcas são indícios de doenças contagiosas e, por isso, as pessoas que as possuem

[31] Trataremos de estereótipos no próximo capítulo da tese, capítulo 3.

precisam ser evitadas, até que o "problema" seja corrigido. A esse respeito, vejamos mais um exemplo:

> **Excerto 5**
> E em relação a como ficou, assim, eu nunca perguntei quais as expectativas deles (os familiares), o que eles pensam e tudo mais, às vezes eu percebo assim que eles ficam olhando meio atravessado, meio assim, desconfiados... [E9] – Cicatriz – cirurgia plástica.

Aqui, a entrevistada fala do desconforto dos familiares, os quais não podem, em princípio, evitar o contato, mas, segundo ela, olham "meio atravessado, meio assim, desconfiados". Nessa situação podemos compreender que esse olhar, assim como tantas outras formas já relatadas de reação do(s) outro(s), é percebido e torna-se responsável por desencadear imenso desconforto no sujeito que tem a marca. Por isso, a entrevistada busca, a todo instante e em quaisquer circunstâncias, diversas maneiras de esconder a sua real condição, numa tentativa de se preservar dos olhares indiscretos, das perguntas inadequadas, dos comentários jocosos, dos apelidos desagradáveis e, muitas vezes, de cunho pejorativo, que partem dos outros com os quais convive, nos grupos sociais aos quais pertencem.

2.2 MEMÓRIA E CORPO EM FOUCAULT

Neste tópico, apresentamos a concepção de corpo com a qual trabalhamos nesta tese. Adotamos, aqui, a noção de corpo, tal como hoje o concebem tanto as ciências humanas quanto as ciências médicas: essencialmente como templo da existência humana e, ao mesmo tempo, lugar onde se enraízam, se fundem e se manifestam expressões de vida. Vida que vai muito além da perspectiva biológica propriamente dita, cujos cuidados estão muito bem protocolados e incorporados às práticas médicas atuais, mas também e, principalmente, como lugar de expressão da arte, da cultura, da fé, dos sentimentos, dos sonhos e dos desejos dos sujeitos. Tais sujeitos se constituem também por meio de seus corpos, os quais, paradoxalmente à sua inconteste presença individual, remetem não só para si, mas também para os outros. Trata-se, portanto, de uma concepção de corpo que coloca em relação corpo(s) e sujeito(s), sempre, ao mesmo tempo, na coexistência turbulenta e efervescente em um caldeirão que exala, a todo instante, os aromas dos condimentos essenciais à experiência biopsicossocial humana, num maravilhoso convite ao banquete da vida. É o que nos mostra Rodrigues quando, na conclusão de seu livro, afirma que se trata de um "corpo fluido, que se

desfaz ao mesmo tempo em que a vida o constitui. E que se constitui ao mesmo tempo em que a vida o desfaz. Tal corpo não vive. Convive" (RODRIGUES, 1999, p. 192).

Tal concepção de corpo foi sendo construída, histórica e socialmente, ao longo da existência humana, a partir das diversas transformações e rupturas que moldaram essa dinâmica adaptação modelar e que continuam atuando, modificando constantemente as sociedades atuais, os sujeitos da contemporaneidade. Salientamos, contudo, que a abordagem detalhada de todo esse arriscado e interessante processo de constituição de subjetividades foge ao escopo deste trabalho.

Nesse sentido, fizemos um recorte temático e analisamos, por meio das falas, das vozes materializadas nas entrevistas, os modos como a pele marcada, enquanto constituinte do corpo, participa do processo de constituição dos sujeitos na contemporaneidade. A esse respeito, vejamos o seguinte excerto:

> **Excerto 6**
> Isso, com 20 anos! Aí eu desesperei, aí eu fui procurar médico [...]E aí, nessa época, eu achei que eu ia morrer, que eu sofri demais, eu chorei demais, eu fazia cursinho, na época, e a minha vida, eu só fazia chorar, só chorar, só chorar, só chorar, só chorar, eu não queria sair, eu não queria ir pra lugar nenhum mais, eu tinha vergonha de ir em qualquer lugar, e nesse período aí eu, o meu vitiligo ele deu um, de umas manchinhas virou um monstro, que foi muito rápido, foi questão de seis meses, abriu essa quantidade, abriu essa mancha bem grande aqui no meu peito e, meu rosto, hoje, ele é todo branco, mas na época abriu, tinha aqui ao redor dos olhos, um pouco aqui na bochecha, e na boca; e aí que eu não queria sair mesmo! Aí começou a abrir nos dedos, começou a abrir no cotovelo, e aí começou ir abrindo, assim, aí foi me dando um desespero, aí eu não queria sair, aí as pessoas ficavam me perguntando o que era e eu não queria responder, eu respondia e ninguém sabia o que era, então eu também não sabia o que era, na época, antes de ter o vitiligo, e aí eu chorava muito, eu ia assim, quando eu saia, sempre tinha gente falando, falando assim alguma coisa, eu via que tinha gente que não queria que eu chegasse perto, não queriam chegar perto de mim, que tinha medo de pegar a doença, e tinha gente que perguntava até "você tá com lepra?" Até isso eu já ouvi! Assim, eu não ia ni clube mais, eu não tinha coragem de entrar numa piscina, porque eu pensava que se eu entrar na piscina, aí todo mundo vai sair, ou alguém do clube vai me chamar e vai mandar eu sair do clube...[E12] - Vitiligo.

No exemplo acima destacado, verificamos, dentre outras coisas, por todo o percurso da fala de [E12], aliadas ao sentimento de desespero - destacado quando afirma que achava "que ia morrer" - as diversas formas de expressão do medo, as quais se manifestaram a partir do diagnóstico de sua doença – o vitiligo. Medo por desconhecer a real natureza do quadro; medo diante da rápida evolução das manchas, chegando a considerá-las monstruosas; medo de encontrar pessoas e de suas reações diante de suas manchas brancas, como por exemplo,

quando evitam o cumprimento com o tradicional toque das mãos, por acharem que ela “tem lepra”; medo de frequentar piscinas, diante da possibilidade de vir a ser convidada a retirar-se do ambiente. Verificamos, ainda em [E12], a urgência marcada no falar. A sua fala discorre rápida, de maneira contínua, quase que num único fôlego, quase sem paradas. O efeito dessa rapidez é o de que a oportunidade que se abriu, no momento da entrevista, para que pudesse expor a história de suas marcas, de seus medos, de suas angústias, teria que ser muito bem aproveitada. Sobretudo, a oportunidade de ser ouvida com cuidadosa atenção sobre sua história e suas implicações no fazer cotidiano de uma pessoa “marcada”. A condição para manifestar-se, conferida a ela por parte de alguém que, por conta de sua formação como profissional da saúde especializada em cuidados com a pele, talvez pudesse lhe trazer, de alguma forma, certo alento para suas dores, seus temores, suas dúvidas, era algo que deveria ser muito bem aproveitado.

Assim, ao empregarmos “o cuidado de escutar a história” (FOUCAULT, 2012, p. 18) e, neste trabalho, a história de cada um, enquanto sujeito “marcado”, procuramos encontrar nas falas dos sujeitos analisados, vestígios, traços, que configurem os processos de elaboração e interiorização dos medos, dos espantos, das interdições que recaem sobre o sujeito que apresenta um corpo marcado, enquanto elemento de construção/reconstrução desses mesmos sujeitos. Foucault, ao tratar do começo histórico, afirma:

> Que atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. [...] O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem — é a discórdia entre as coisas, é o disparate (FOUCAULT, 2012, p. 18).

Em nossos dados, não encontramos, obviamente, nada acerca de um começo histórico, no sentido foucaultiano do termo, mas encontramos muito acerca do “começo” da história pessoal de cada um desses sujeitos de pesquisa. Não é disso que Foucault trata em seus trabalhos, mas, propomos aqui, um deslocamento teórico, para pensar a história de dor desses sujeitos como uma história que também diz muito acerca da história de cada uma dessas doenças e que, portanto, diz também sobre a forma como a sociedade encara tais enfermidades.

Os medos apresentados por [E12] são os medos desse sujeito de pesquisa, mas são também a materialização de certas imagens sociais acerca da doença e, dessa forma, dizem muito também sobre o funcionamento dos discursos (e isso sim interessa aos estudos

foucaultianos) que circulam na contemporaneidade e sobre aquilo que permitiu a emergência desses discursos. Assim, como foi dito em outros momentos da tese, nosso foco são as "falas" desses sujeitos, mas, acreditamos que tais "falas" explicam muito mais do que aquilo que diz respeito ao indivíduo, ao sujeito pragmático.

Nesse sentido, uma vez concedida a oportunidade para a "fala livre", por vezes até mesmo sob a forma de narrativas, aliada ao emprego da escuta atenciosa, propiciada pelo momento das entrevistas, buscamos favorecer a manifestação verbal das compreensões particulares inerentes às singularidades do con-viver: com as marcas, consigo e com o(s) outro(s); assim como também a forma como tais marcas afirmam o seu lugar no contexto das relações sociais, no decurso da existência singular de cada sujeito de pesquisa.

A fim de conseguirmos alcançar o mais próximo daquilo que consideramos essencial, para explicarmos o que estamos chamando de genealogia do ser-marcado, buscamos, mais uma vez, suporte em Foucault, o qual afirma que:

> Fazer a genealogia dos valores, da moral, do ascetismo, do conhecimento não será, portanto, partir em busca de sua "origem", negligenciando como inacessíveis todos os episódios da história; será, ao contrário, se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos; prestar uma atenção escrupulosa à sua derrisória maldade; esperar vê-los surgir, máscaras enfim retiradas, com o rosto do outro; não ter pudor de ir procurá-las lá onde elas estão, escavando os *bafond*; deixar-lhes o tempo de elevar-se do labirinto onde nenhuma verdade as manteve jamais sob guarda. O genealogista necessita da história para conjurar a quimera da origem, um pouco como o bom filósofo necessita do médico para conjurar a sombra da alma. É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades; da mesma forma que é preciso saber diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e de energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico. A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris como suas síncopes, é o próprio corpo do devir. É preciso ser metafísico para lhe procurar uma alma na idealidade longínqua da origem (FOUCAULT, 2012, p. 19-20).

Novamente é preciso esclarecer que Foucault não faz, em sua genealogia, uma análise dos indivíduos, mas das posições de sujeitos que emergem com base nas relações de saber-poder e de poder-saber. Contudo, quando trazemos as "falas" dos sujeitos de pesquisa aqui analisados, apesar de não fazermos uma genealogia no sentido foucaultiano do termo, indicamos certos funcionamentos que estão intrinsicamente relacionados aos "acontecimentos da história", que tanto interessam ao referido autor. Ademais, assim como Foucault, não buscamos com base nessas falas fazer uma "pesquisa da verdade", mas, procuramos nos

“demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos”, a fim de, como dito acima, apresentarmos uma espécie de genealogia do ser-marcado.

2.2.1 As condições de possibilidade: corpo como lugar de memória

Foucault (2012) apresenta-nos o corpo como materialidade simbólica de significação, inserido em um sistema de poder disciplinar que se apodera do corpo dos indivíduos, tornando-os dóceis e úteis.

Nesse sentido, ainda segundo o referido autor:

> O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as ideias os dissolvem), lugar de dissociação do eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência está, portanto, no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo (FOUCAULT, 2012, p. 22).

Assim, o pensamento foucaultiano nos apresenta o corpo como um objeto de saber, como “superfície de inscrição dos acontecimentos”, e de articulação com a história. Para Foucault (2011, p. 28), o corpo também está imerso num campo político, onde as relações de poder têm alcance imediato sobre ele, na medida em que elas o “investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais”, o que nos mostra o corpo como campo de atuação do poder, indicando como o poder opera sobre o corpo, ou seja, de que forma o investe, como o marca e o obriga. Nas palavras do referido autor:

> Como sempre, nas relações de poder nos deparamos com fenômenos complexos que não obedecem à forma hegeliana da dialética. O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isso conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento que o poder produziu esse efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reinvindicação de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo (FOUCAULT, 2012, p. 146).

As afirmações de Foucault sobre o corpo nos alertam, ainda, para a existência de um "saber" do corpo, que opera para além da ordem das ciências e de suas capacidades, o qual ele chama de "tecnologia política do corpo" (FOUCAULT, 2011, p.29). Assim, Foucault aborda o corpo sob a ótica do saber-poder e nos apresenta um corpo submisso a técnicas de instrumentalização que possibilitam novas formas de dominação, as quais, sob a forma de estímulos externos, das mais diversas ordens, influenciam nas decisões do sujeito sobre possíveis ações em seu corpo. Dessa forma:

> O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma "anatomia política", que é também igualmente uma mecânica do poder, ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina (FOUCAULT, 2011, p.133).

Ora, nesse sentido, podemos entrever a possibilidade da afirmação de que tais técnicas de domínio do corpo, agora com outros sentidos, sustentam uma nova forma de dominá-lo, na contemporaneidade, talvez, por exemplo, na forma como observamos o emprego excessivo de técnicas utilizadas nos processos de/para padronização estética do corpo, em atenção às solicitações veiculadas na e pela mídia, em suas mais diversas formas de manifestação. Sob este foco, recorrendo a Foucault, desde já atribuímos a tais excessos significativos efeitos deletérios ao sujeito. Isso porque, ainda segundo Foucault:

> O corpo se tornou aquilo que está em jogo numa luta entre os filhos e os pais, entre a criança e as instâncias de controle. A revolta do corpo sexual é o contra o efeito desta ofensiva. Como é que o poder responde? Através de uma exploração econômica (e talvez ideológica) da erotização, desde os produtos para bronzear até os filmes pornográficos... Como resposta à revolta do corpo, encontramos um novo investimento que não tem mais a forma de controle-repressão, mas de controle-estimulação: 'fique nu... mas seja magro, bonito, bronzeado!' A cada movimento de um dos dois adversários corresponde o movimento do outro [...] É preciso aceitar o indefinido da luta... O que não quer dizer que ela acabará um dia (FOUCAULT, 2012, p.147).

Por diversas vezes, encontramos, nas falas dos sujeitos de nossa pesquisa, referências aos sentimentos de insuportável aflição que neles se manifestam, por ocasião das situações de inevitável exposição de suas marcas cutâneas, uma vez que elas os apresentam como sujeitos "fora do padrão", especialmente quando partícipes de eventos onde se processam encontros,

ou até mesmo, ainda segundo tais perspectivas, desencontros, nas suas inter-relações sociais, como podemos verificar no próximo excerto:

> **Excerto 7**
> Na época, também, aí eu ficava meio assim, eu não gostava de nada, eu não gostava de sair, eu só fazia chorar, mesmo! Alguém me perguntava na rua, "o que que é isso?"; que eu tinha um amigo que ia lá em casa me visitar, saber se eu tava com algum problema, eu só fazia chorar, mesmo, eu achei que eu não ia viver! [...] E aí, assim, eu fiz de tudo, sabe? Aí hoje, eu não faço, assim, eu fico muito sentida, hoje, ainda, que eu sei que tem pessoas que ainda perguntam, tem pessoas que evitam de chegar perto de mim! [...] Se você olhar, vitiligo não mata, assim, me incomoda demais, não vou dizer que não me incomoda ainda, não! Me incomoda! Eu fico muito sentida, hoje, ainda, que eu sei que tem pessoas que ainda perguntam, tem pessoas que evitam de chegar perto de mim! [E12] - Vitiligo

Com a ajuda de Foucault, podemos inferir o alcance de tais sentimentos, inclusive no âmbito da memória, quando ele salienta, em *Vigiar e Punir* (2011), em relação ao corpo supliciado:

> O suplício repousa na arte quantitativa do sofrimento [...] Além disso, o suplício faz parte de um ritual. É um elemento na liturgia punitiva, e que obedece a duas exigências. Em relação à vítima, ele deve ser marcante: destina-se, ou pela cicatriz que deixa no corpo, ou pela ostentação de que se acompanha, a tornar infame aquele que é sua vítima; o suplício, mesmo se tem como função "purgar" o crime, não reconcilia; traça em torno, ou melhor, sobre o próprio corpo do condenado sinais que não devem se apagar; a memória dos homens, em todo caso, guardará a lembrança da exposição, da roda, da tortura ou do sofrimento devidamente constatados. E, pelo lado da justiça que o impõe, o suplício deve ser ostentoso, deve ser constatado por todos, um pouco como seu triunfo (FOUCAULT, 2011, p. 36).

Numa referência metafórica ao sentimento de suplício causado pela inevitável exibição de suas marcas, por conta de sua ampla distribuição em toda a face e extremidades dos membros superiores (braços e mãos), trazemos o seguinte relato de [E12]. Nesse excerto, a entrevistada, a fim de atender ao questionamento feito pela pesquisadora, rememora eventos do passado:

> **Excerto 8**
> Foi uma coisa que eu acho que me atrapalhou bastante porque eu praticamente parei, parei mesmo minha vida, parei de estudar, eu já tava num ponto assim, eu não queria mesmo, eu não queria estudar, a minha mãe ficava em cima, eu falo que foi graças a ela, ela não deixava, ela falava: "Não, você vai, nem que você fique só indo pro cursinho e indo embora, mas você vai!" E era isso mesmo que eu fazia, quando eu ia, porque tinha vez

> que eu faltava, que eu não ia, porque eu não aguentava, eu não ia, de forma nenhuma, eu não aguentava! Porque prá mim, o mundo tava me olhando! Podia até não tá me olhando, mas prá mim, tava me olhando! Eu evitava, eu não tinha coragem de ir num lugar estender a mão prá pessoa cumprimentar porque eu já ficava achando que a pessoa não ia querer, né, cumprimentar!
> [...]
> Ah, sim, num me lembro assim muito, acho até que eu fico apagando essas coisas da minha cabeça, assim, o que eu já ouvi muito foi esse tipo de coisas, essas conversas, a gente escuta, tipo assim, eu tô aqui nesse lugar, aqui, aí, por exemplo, eu escuto alguém comentando, sabe, do vitiligo, prá mim é desagradável, assim, a pessoa ficar falando e fala assim como se a gente não tivesse, ou talvez ache que a gente não tá escutando, não! Assim, o que me desagrada é isso, as pessoas acham que é contagioso, sabe? Elas tem medo de pegar! Eu já ouvi isso, sabe? As pessoas têm medo, realmente de pegar, de ter vitiligo! Agora uma situação, assim, o que eu tinha medo, mesmo, era assim, agora hoje em dia, não, hoje em dia eu vou, por exemplo, em um clube, hoje eu vou, em outras épocas eu não ia, não ia de forma nenhuma! De forma nenhuma, mesmo, em lugar nenhum! Eu tinha medo até de sentar perto das pessoas, porque assim, já aconteceu de eu sentar e a pessoa levantar, porque acha que vai pegar realmente! O triste é isso, porque assim, vitiligo é uma doença que as pessoas não têm muito conhecimento, né, as pessoas não conhecem o vitiligo, não conhecem mesmo, não conhecem, não sabem realmente o que é isso que a gente tem! [E12] - Vitiligo.

A fala da entrevistada [E12] trata de um corpo colocado em evidência, que se destaca por exibir uma tonalidade cutânea com distribuição e arranjos incomuns. Nessa condição, os relatos de [E12] apresentam uma corporeidade plena de significados e valores que constituem uma personalidade em um corpo marcado. Há, aqui, ainda, o registro da perturbação causada pelo olhar alheio diante de sua alteração pigmentar. Verificamos, ademais, as ações de autocontrole do sujeito interferindo em sua constituição, as quais se mostram também, nesse caso, pela recusa ao contato social com o(s) outro(s), devido à provável visualização de suas marcas cutâneas, as quais a fazem sentir-se diferente, evitada, excluída, temida, dentre outros sentimentos, tudo ao mesmo tempo.

Assinalando a importância da consciência de pertença a um grupo, ou a grupos, na manifestação e prática do cuidado de si, diz Foucault:

> Assim, é preciso dizer que o cuidado de si sempre toma forma no interior de redes ou de grupos determinados e distintos uns dos outros, com combinações entre o cultuaI, o terapêutico - no sentido que expusemos - e o saber, a teoria, mas [trata-se de] relações variáveis conforme os grupos, conforme os meios e conforme os casos. De todo modo porém, é nestas separações, ou melhor, neste pertencimento a uma seita ou a um grupo, que o cuidado de si se manifesta e se afirma. Não se pode cuidar de si, por assim dizer, na ordem e na forma do universal. Não é como ser humano enquanto tal, não é simplesmente enquanto pertencente à comunidade humana, mesmo se este pertencimento for muito importante, que o cuidado de si pode

> manifestar-se e, principalmente, ser praticado. Somente no interior do grupo e na distinção do grupo, pode ele ser praticado (FOUCAULT, 2006, p. 145).

Foucault, ao conferir importância às práticas de si, defende que, ao contrário de assumirem um aspecto individualista, elas se inserem num amplo contexto de práticas sociais. Em tal contexto, as técnicas de si permitem aos indivíduos a possibilidade de realizarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser. Trata-se, portanto, de continuamente transformarem-se a fim de atender a um estado possível de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição e/ou de imortalidade. Nas palavras de Foucault, isso diz respeito à:

> Intensidade das relações consigo, isto é, das formas nas quais se é chamado a se tomar a si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação (FOUCAULT, 2009, p. 48).

Ainda segundo Foucault, é possível a caracterização da cultura de si pelo fato de que a arte da existência se encontra dominada pelo princípio segundo o qual "é preciso ter cuidados consigo" (FOUCAULT, 2009, p. 49), e nos apresenta o fato de que, "de acordo com uma tradição que remonta a muito longe na cultura grega, o cuidado de si está em correlação estreita com o pensamento e a prática médica" (FOUCAULT, 2009, p. 59). Para o referido autor:

> Mais interessante, sem dúvida, é o fato de que a própria prática de si, tal como a filosofia a define, designa e prescreve, é concebida como uma operação médica. No centro, certamente, encontra -se a noção fundamental de *therapeúein.* Como sabemos, *therapeúein*, em grego, quer dizer três coisas. *Therapeúein* certamente significa realizar um ato médico cuja destinação é curar, cuidar-se; *therapeúein* é também a atividade do servidor que obedece às ordens e que serve seu mestre; enfim, *therapeúein* é prestar um culto. Ora, *therapeúein heautón* significará, ao mesmo tempo: cuidar-se, ser seu próprio servidor e prestar um culto a si mesmo (FOUCAULT, 2006, p. 120).

Nesse sentido, o cuidado com o corpo destaca-se como uma importante prática, dentre as práticas de si, que são práticas por meio das quais o sujeito se constitui como sujeito moral (FONSECA-SILVA, 2007, p. 204). Ao longo da história, Foucault (2009) mostra-nos como as práticas do cuidado de si se impuseram, em distintas épocas. Para tanto, o autor cita, em princípio, Galeno, o qual considera que cabe à medicina, além dos cuidados com o corpo, também atentar aos cuidados com a alma, uma vez que, para esse último, "os males do corpo

e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus mal-estares" (GALENO *apud* FOUCAULT, 2009, p. 61). Ainda segundo Foucault:

> A prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência (FOUCAULT, 2009, p. 62).

Na perspectiva das práticas de si, observamos como o desejo de alterar aspectos e formas cutâneas indesejadas, conforme verificamos nas entrevistas, conduziram, na nossa compreensão, a pele marcada a ocupar posição de destaque como lugar de inscrição de memórias e de sentidos. Essas memórias e os sentidos que delas emanaram ressaltaram a condição de pele marcada, compondo um corpo marcado e, dessa forma, sempre juntos, corpo e pele foram copartícipes da construção de toda uma história de constituição desses sujeitos. Nesse sentido, destacamos que esses mesmos sujeitos foram marcados para além do próprio corpo, pois foram marcados, de forma indelével, fundamentalmente na alma. É isso que já observavam os antigos gregos, como vemos a seguir, conforme citado por Foucault:

> E a instauração dessa relação consigo enquanto doente é tanto mais necessária porquanto as doenças da alma — diferentemente das do corpo — não se anunciam por meio de sofrimentos percebidos; não somente elas podem permanecer insensíveis por muito tempo, como também cegam aqueles que elas atingem (EPICTETO *apud* FOUCAULT, 2009, p.63).

Para além da perspectiva de atuação nas relações de poder, quando Foucault (2011, p. 132) ressalta que "é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado", essa ideia de submissão do "corpo dócil" constantemente é submetida a uma outra interpretação, a um outro campo de possibilidades, dessa vez aberto pelo sujeito marcado, que ali encontra a grande possibilidade de realizar o seu sonho de "transformar-se e aperfeiçoar-se", com a utilização dos recursos de tratamentos médicos propiciados pelo advento de novas e/ou já consagradas técnicas de reparação .

Nessas práticas, conforme nos mostra Foucault, as ações transformadoras empregadas nas técnicas dos cuidados-de-si, incluídas nesse rol também e principalmente as intervenções médicas, se configuram, assim, como uma real possibilidade de reconstrução de vidas, de destinos. Tais possibilidades de intervenções, entretanto, não apresentam garantias de se atingir o sucesso esperado, sonhado, apesar do correto emprego de técnicas aprovadas e reconhecidas como eficazes. É o que podemos constatar na seguinte queixa de uma paciente:

> **Excerto 9**
> Eu vi que a cicatriz não tinha ficado da mesma forma que a cesariana havia deixado e isso me deixou realmente muito insatisfeita. Então o médico me fez a proposta de retirar essa cicatriz e fazer uma nova, né? Fazer a correção, o que ficou um pouquinho pior [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

No excerto acima, vemos o relato da entrevistada [E1], o qual revela a sua insatisfação com o aspecto final de uma cicatriz resultante de uma intervenção cirúrgica para correção de estrias abdominais, cujo resultado, segundo ela, "ficou um pouquinho pior" que o estado anterior, mostrando, assim, uma real possibilidade de ação malograda, destarte a "intenção" médica proposta para a solução do quadro de insatisfação que a afligia, causando o sentimento de frustração, diante das esperanças de sucesso da referida entrevistada.

Vejamos, no exemplo a seguir, a fala de uma entrevistada que, apesar de apresentar marcas na pele, as quais a relacionam com o sofrimento causado por uma doença, não aceita ser tratada, por um colega de trabalho, como sendo alguém incapaz de realizar plenamente suas tarefas; não aceita, portanto, que a considerem mais fraca. Dessa forma, ela recusa condições especiais no trabalho, buscando demonstrar sempre uma competência laboral, independentemente de suas "marcas".

> **Excerto 10**
> Eu acho que é importante, porém as pessoas, se eu conto, por exemplo, ao meu chefe, a impressão que dá é que eu tenho que ser poupada, porque eu tenho determinado problema de saúde! E aí, eu não quero passar essa impressão, entendeu?[E5] – Lúpus eritematoso
> [...]
> Por exemplo, assim, eu tenho limitações, então eu não quero que essas limitações atrapalhem o meu trabalho, aí eu fico meio receosa, só se a pessoa perguntar mesmo, assim, se for direta! Ou então se tiver numa conversa mais descontraída, aí eu vou falar, mas eu também não tenho vergonha de falar, não! [E5] – Lúpus eritematoso.

Vimos, no excerto acima, que a entrevistada caracteriza suas marcas como "limitações", mas não aceita que tais "limitações" atrapalhem seu trabalho. Nesse caso, vemos uma luta interna, a qual mostra, como diz Foucault (2011), a existência de um paradoxo dos contrários: a marca que dói é a mesma que impulsiona e revigora o sujeito que a possui. Esse sujeito mostra, em sua existência, todo o seu arsenal de dúvidas e incertezas, de ânimo e de força, de medo e de dor, numa composição de práticas que tecem uma existência. Ainda em relação ao sujeito de pesquisa [E5] (extensas e múltiplas cicatrizes na face, em decorrência de Lúpus eritematoso) e sua atitude no trabalho, vejamos o seguinte excerto:

> **Excerto 11**
> Acontece muito, quase todos os dias! Quase todos os dias! E aí você tem que viver, ali, tentando provar que você não é pior, que aquilo, né, pode acontecer com qualquer um, qualquer um! [E5] – Lúpus eritematoso.

Vemos, aqui, como é constrangedor para a entrevistada a possibilidade de ser vista pelos colegas de trabalho como alguém "pior", que vive numa condição de fragilidade, talvez devido, até mesmo, a algum ato involuntário por ela mesma produzido. Surgem, ainda, manifestações de tristeza que ocorrem nessas situações constrangedoras, as quais se repetem no ambiente de trabalho, como podemos ver a seguir:

> **Excerto 12**
> É, a vontade de provar a cada instante que você não é pior, que você é igual, que você pode fazer também, realizar também... Me ajudou! Nunca, assim, fiquei triste, deprimida, por causa das lesões, não!(aqui o tom de voz mudou, demonstrou muita tristeza) Outros motivos eu já tive, né (risos)? Mas, por causa das lesões, não, nunca! [E5] – Lúpus eritematoso.
>
> Mas, de certa forma elas que me impulsionaram a lutar, a continuar, a não me sentir pior, de mostrar que eu sou capaz, mesmo com a diferença, mesmo com a marca! Mesmo com a marca! Eu tirei o bom disso, né? A gente tem que tirar o bom das coisas, né? Tem que deixar o ruim pra lá, né? Melhorar [E5] – Lúpus eritematoso.

Nos excertos acima, verificamos que a firme determinação de [E5] de não se deixar ser vista como uma portadora de fragilidades foi usada na superação das tensões que se manifestaram na sua rotina, no ambiente de trabalho e nas relações com seus colegas.

Ainda em relação às dificuldades em lidar com as marcas da/na pele, verificamos que, na segunda metade do século XX, surge a primazia do desenvolvimento dos recursos da ciência e da tecnologia, atravessando os discursos da sociedade nas suas práticas de culto ao corpo, em busca dos ideais de beleza e de saúde, tão valorizados pelos discursos amplamente divulgados na/pela mídia.

> Os progressos nos âmbitos cirúrgico e estético reforçaram a ideia de que, com eles, qualquer um pode se adaptar ao mundo contemporâneo, melhorar a relação consigo e com os outros e, ainda, escapar ao fracasso, ao abandono e à solidão (SANT'ANNA, 2014, p. 175).

Nesse contexto, abre-se, para o sujeito "marcado", a radiante possibilidade de remoção das "marcas", aquelas que, segundo os relatos, "doem tanto". Nessa perspectiva, a extrema perfeição dos corpos está agora ao alcance de muitos, por meio de possibilidades antes nunca

imaginadas. Em face de tais perspectivas, a tão sonhada solução será mesmo possível? E ainda podemos acrescentar, uma vez realizada a possível solução, será ela o bastante?

Nesse século, em que o conhecimento e a evolução tecnológica trouxeram a possibilidade de transformar aparências, conforme ressalta Sant'Anna (2014), o aspecto físico transformou-se na principal prova da subjetividade humana. Dessa forma, "o corpo transformou-se em algo tão importante, complexo e sensível quanto outrora fora a alma" (SANT'ANNA, 2014, p.189).

Não por acaso, a possibilidade do alcance da beleza modelar construída se configura como infalível recurso que aponta para a solução da insatisfação com o próprio corpo, a realização de um sonho de felicidade, a busca de um ideal de beleza que encontrava barreiras intransponíveis e que agora tornam-se passíveis de serem superadas, apesar das possibilidades de insucesso (devido aos riscos inerentes à aplicação das técnicas) e dos altos custos para o seu alcance, que impossibilitam o acesso a tais técnicas a todos que o desejam. Dessa forma, paradoxalmente, essas técnicas de suposto embelezamento também se apresentam como possíveis agentes de frustração.

> Misturado ao milenar sonho de rejuvenescer, o embelezamento virou uma prova de amor por si mesmo e pela vida – não somente um dever, mas um merecido prazer; não simplesmente um truque para ser amado, mas uma técnica para se sentir adequado, limpo e decente (SANT'ANNA, 2014, p. 16).

Verificamos, assim, que os recursos embelezadores se impõem na busca da felicidade, como um investimento no bem-estar próprio. Este suposto bem-estar que é tão desejado, mas ainda mal definido e, talvez, lamentavelmente inatingível, conforme propõe Henriques (2014, p. 87).

Apresentamos, a seguir, mais alguns trechos da fala daquela entrevistada que convive, há muitos anos, com extensas cicatrizes na face, no colo e nos membros superiores, como consequência, como dito anteriormente, de Lúpus eritematoso. Vejamos:

> **Excerto 13**
> Na família do meu namorado, na época, né? Então eu tive uma rejeição muito grande deles, porque ele ia namorar e ficar noivo de uma menina que ia tomar remédio o resto da vida, que era uma menina marcada, não sei o quê.
> [...]
> EU QUERIA QUE ELAS SAÍSSEM! EU DESEJO! Eu não posso negar isso, entendeu! Eu não queria ter, mas eu tenho! Mas não é porque eu tenho, que eu também tenho que me conformar e achar que isso não pode melhorar,

> que minha aparência não pode melhorar! Eu quero melhorar! Eu queria que elas, que elas de alguma forma fossem diminuídas, fossem amenizadas, mesmo que não fossem totalmente excluídas, né? Mas que elas fossem amenizadas, eu queria, sim! [E5] – Lúpus eritematoso.

Nos trechos acima destacados, a entrevistada, adulta jovem, apresentando uma dermatose crônica de curso prolongado, cujo início se deu na adolescência, expressa seu descontentamento e seu desejo de transformação. Vale salientar que a referida dermatose se caracteriza por apresentar, dentre outros sinais e sintomas, múltiplas lesões cicatriciais escurecidas e multiformes, nesse caso, distribuídas também em toda a face da mesma. Embora ciente da impossibilidade de remoção total das marcas que tanto a incomodam, o desejo de amenizar uma condição que a faz sentir-se mal é expresso de forma veemente, em sua fala. Fala que, a nosso ver, soa mais como um urro de dor, um pedido de socorro. A jovem alimenta a esperança da possibilidade de se submeter a intervenções reparadoras faciais, as quais, ainda que de maneira parcial, possam "melhorar" sua aparência e, consequentemente, sua vida. Nessa entrevista, verificamos algo semelhante ao que aponta Sant'Anna, quando afirma que:

> Com este (tratamento), espera-se ingressar numa vida com mais sucessos e menos penas, num cotidiano mais certo do que vulnerável, que balança menos do que a corda bamba das aparências consideradas frágeis, doentias e envelhecidas (SANT'ANNA, 2014, p. 171).

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas e de intervenção médico-estética e a fantástica evolução do arsenal medicamentoso e tecnológico à disposição da medicina da beleza não trazem, contudo, a certeza do sucesso de tais intervenções. Pois, embora, na grande maioria das vezes, sempre sejam adotadas medidas de cuidadosa aplicação das técnicas de eficácia amplamente reconhecidas e difundidas, dos rigores na aplicação dos protocolos de conduta, adotadas pelos profissionais médicos para tal finalidade habilitados, conforme o caso, a possibilidade de insucesso existe e, por vezes, ocorre, de forma incontornável e desastrosa. Essas inesperadas situações, paradoxalmente, vão de encontro, na atualidade, ao discurso dos profissionais que atuam nessa área, os quais afirmam existir "uma íntima relação entre correção, reparação, cura e embelezamento" (SANT'ANNA, 2014, p. 168), conforme amplamente divulgados na/pela mídia. Vejamos, no excerto baixo, como o discurso acerca da suposta eficácia dos tratamentos frente à realidade do erro encontra-se materializado em nossos dados:

> **Excerto 14**
> [...] fica um sentimento de fracasso por ter feito a cirurgia e não ter dado certo, por ter adquirido uma nova cicatriz e um novo problema, que agora eu não sei conviver com ele, o meu anterior eu até convivia, entendia, e esse não![E9] – Cicatriz – cirurgia plástica
> [...] estava me incomodando, e que hoje também em incomoda, então, eu tentei mudar! Tentei fazer algo para melhorar, e não melhorou, né? Tive um outro problema! [E9] – Cicatriz – Cirurgia plástica.

No trecho acima, a entrevistada expressa seus sentimentos de frustração e de incômodo com o resultado insatisfatório obtido após uma intervenção a qual, *a priori*, se anunciava como uma certeza de reparo e, porque não dizer, de redenção, ou seja, uma possibilidade de se livrar de uma situação que a incomodava. Assim, a entrevistada refere-se ao seu estado atual como uma desagradável situação, uma vez que afirma não saber conviver com esse "outro problema!".

No exemplo abaixo, apresentamos trechos de uma outra entrevista em que a entrevistada, apesar de mostrar certa insatisfação com o aspecto da cicatriz resultante da intervenção cirúrgica à qual foi submetida, ainda assim, prefere a sua condição atual às estrias, anteriores à cirurgia plástica:

> **Excerto 15**
> Eu tinha estrias, tinha muitas estrias, devido a minha segunda gravidez [...]. Eu prefiro a cicatriz hoje, porque hoje eu visto uma roupa, me sinto melhor, eu coloco um biquíni, como ela é bem baixa, não mostra, então, assim, pra mim o benefício de ter uma cicatriz grande, como essa que ficou, é maior do que ter as estrias, porque eram muitas. [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

Verificamos, nesse depoimento, que o problema em si não é a marca, afinal, há marcas mesmo após a cirurgia plástica. O problema está no efeito dessa marca para o outro, está em "mostrar" ou "não mostrar" a marca, quando a entrevistada "coloca um biquíni". Trata-se, portanto, não de um cuidado com o corpo, mas de uma espécie de controle da aparência, a qual, uma vez presente de forma incômoda e indesejada, apresenta a possibilidade de ser modificada, "ao gosto do freguês", mudar o corpo, conforme assinalado por Sant'Anna quando afirma que se trata do "corpo como um projeto a ser construído pelas mãos dos médicos, a partir das escolhas do 'cliente', e graças aos meios científicos e tecnológicos disponíveis" (SANT'ANNA, 2014, p. 170). Ainda nessa linha de reflexão, a autora ressalta:

> Reconstruir o próprio corpo com a ajuda dos avanços tecnológicos e científicos — cosméticos, cirurgias, uso de próteses, ginástica, regimes, etc.— para ganhar mais saúde e juventude não deixa de ser uma promessa

> fascinante a diversas épocas da civilização, mas foi na atual que ela conseguiu conquistar um espaço inédito na mídia e uma banalização importante no cotidiano, tanto das grandes quanto das pequenas cidades. Tudo se passa como se, em nossos dias, as transformações do corpo estivessem mais na moda do que nunca, enquanto os limites do que é certo e errado, falso e verdadeiro, natural e artificial tivessem sido completamente relativizados (SANT'ANNA, 2006, p.18).

Assim, na busca pela felicidade, que, supostamente, estaria na possibilidade de "reconstrução" dos corpos, a sociedade contemporânea reconfigura um conjunto de relações, as quais se materializam por meio do vínculo estabelecido entre corpo e subjetividade, entre corpo e satisfação pessoal, entre corpo e valores pessoais, produzindo uma supervalorização da imagem - daquilo que se mostra, que pode ser visto e apreciado - e, portanto, daquilo que pode ser julgado, principalmente, a partir do olhar. Ora, segundo Sant'Anna (2006), essa forma de julgamento, que se dá a partir do olhar, encontra suporte na sociedade contemporânea devido a uma "banalização" do ideal de beleza, a qual produz sentidos bastante questionáveis, ainda segundo Sant'Anna (2006), acerca da própria noção de belo e, principalmente, acerca da possibilidade de "alcançar" certo ideal de beleza.

2.3 A PELE COMO SUPERFÍCIE DE INSCRIÇÃO DE MEMÓRIAS

Órgão por excelência de percepções sensoriais das mais diversas categorias, a pele se impõe como lugar significativo de inscrição de memórias que podem ser evocadas a todo instante, despertadas por estímulos diversos, sejam mediadas pelo tato/toque, como também podem ser acessadas de maneira intencional em atenção a alguma solicitação do momento, como por exemplo, nas situações em que se impõe a necessidade de adoção de medidas de cautela e proteção para a prevenção de lesões traumáticas, na prevenção de acidentes, ou ainda de maneira involuntária e autônoma, dessa forma despertada por estímulo visual, diante da aparência da pele aparentemente saudável ou marcada, presente no próprio sujeito ou a que se manifesta no(s) outro(s). Nesta última condição, as lembranças podem emergir ao consciente, apresentando-se de forma independente da vontade, da intenção do sujeito, em quaisquer circunstâncias, particularmente naquelas relacionadas às ocasiões em que se processam as experiências das interações sociais.

A ambivalência manifesta no contato se modula de acordo com a sensibilidade individual e as circunstâncias que podem configurar-se como manifestações de afeto ou de violência, de aceite ou de repulsa, de sutilezas ou de grosserias. No que se refere à linguagem,

esta se apropria das universalmente reconhecidas sensações inerentes à pele para a construção de metáforas que designam a percepção e a qualidade do contato com o outro, traduzindo, dessa forma, um sentido de interação. Assim, encontramos expressões como *tocar o ponto certo,* para referirmos o alcance do foco do nosso interesse em questão, *sensibilidade à flor da pele,* para ilustrar a intensidade da captação de sensações, e *falta de tato,* para identificar a ausência de necessária delicadeza na abordagem do outro. Nas palavras de Marzano:

> A pele se reveste de significados. O vocabulário do toque constrói metáforas para designar a percepção e a qualidade do *contato* com o outro, indo além de uma referência tátil isolada para traduzir o sentido da interação. A tatilidade traduz então uma qualidade de contato. O fato de *sentir* remete simultaneamente à percepção táctil e à esfera dos sentimentos. Ter *tato* ou *habilidade* consiste em *abordar* o outro sobre assuntos delicados com maneiras equilibradas e discretas (MARZANO, 2012, p. 964).

Devido à extrema visibilidade da pele, o sujeito que a tem marcada pela aparência de lesões cutâneas, das mais diversas origens, tais como cicatrizes e lesões dermatológicas resultantes de processos inflamatórios de curso crônico e prolongado, sente-se desconfortável e procura não expor (ou camuflar) essas lesões. Essa condição dificulta ou até mesmo impede aqueles que possuem tais marcas de exercerem atividades ao ar livre, como natação e outras práticas esportivas, e de lazer, próprias, portanto, do convívio social, em virtude da vergonha de expor seus corpos afetados pela doença aos olhos do observador social.

Tal exposição desperta desagradáveis sentimentos comparáveis àqueles proporcionados por outros quadros intensamente dolorosos, conforme relato de alguns pacientes, durante a consulta dermatológica. Os mesmos pacientes referem, ainda, que situações semelhantes ocorrem também nos ambientes de atividades laboral e escolar. São reações de repulsa percebidas por esses pacientes quando se deparam com atitudes espontâneas e, muitas vezes, automáticas, de afastamento, por parte de colegas, os quais evitam qualquer possibilidade de contato físico com os sujeitos que têm a pele lesionada.

Numa das entrevistas, a entrevistada refere-se à sua recusa de permitir o toque do esposo em sua área “marcada” (mamas). Vejamos:

> **Excerto 16**
> Talvez a expectativa que fica, quando eu fui fazer a cirurgia, né, eu falava assim com meu esposo, pra animar ele, olha vai ficar assim, durinho, prá frente, pequenininho, pra ele ficar animado, e hoje eu vejo que não ficou, eu acredito que ele fica esperando que um dia fique (risos), e não ficou e provavelmente não sei se algum dia vai ficar, então, fica a frustração, né, de ambas as partes... Até mesmo porque ele quer pegar, quer tocar, e eu não

> deixo porque eu sinto que dói! Eu sinto que dói, que incomoda, então não pega! Não toca! [E9] – Cicatriz – cirurgia plástica.

Verificamos, no exemplo acima, uma fala que relaciona a sensação de dor ao toque na área com cicatriz, uma área que já não mais apresenta lesão ativa ou qualquer processo inflamatório que justifique de maneira fisiopatológica a existência de alguma forma possível de dor no local. Manifesta-se, assim, não uma dor física, tal como a conhecemos, mas uma sensação dolorosa, sofrida, porém, não menos real, pois se impõe de forma incontrolável e se manifesta como indício de algo que vem do íntimo e que bloqueia/impede a possibilidade do toque, ainda que suave, terno, amoroso. Isso porque, nesse caso específico, o toque remete à dor da frustração que ela atribui ao cônjuge (ele – o marido - fica esperando que um dia fique, e não ficou e provavelmente não sei se algum dia vai ficar, então, fica a frustação [...]), mas que é dela, e que machuca, dói. Por isso, a entrevistada afirma "eu sinto que dói, que incomoda, então não pega! Não toca!". Esse sentir não está ligado a algo que pode ser verificado por meio de instrumentos científicos capazes de medir a intensidade da dor, mas tem a ver com algo que é real. Trata-se de um real que, segundo Pêcheux (1999, p. 43) é "constitutivamente estranho à univocidade lógica", mas que produz efeitos. Essa dor relatada pela entrevistada é, portanto, um dos efeitos (ou um dos sintomas) desse real.[32]

Diante desse panorama, verificamos que o maior órgão do corpo humano, a pele, representa, para a condição humana, muito mais do que indicam suas funções de revestimento, de defesa, de síntese, de regulação térmica e de integridade da unidade corporal. Para além de tudo isso, na riqueza de sua fascinante complexidade, tal estrutura, composta também por elementos que apresentam extensa e complexa representação cerebral, assume incontestável destaque na construção do sujeito, a partir das percepções múltiplas por meio das quais o corpo limita e traça os contornos do "eu", sem, contudo, obstruir o invisível e delicado processo de reciprocidades que se estabelece no advento das interações sociais.

Os impulsos originados no ambiente e que chegam até nós são conduzidos ao cérebro, e dele retornam à superfície da pele, através das fibras nervosas aferentes e eferentes e, dessa forma, conectam, duplamente, aquilo que captamos do exterior com o que percebemos no interior, e vice versa, numa via contínua, incontrolável e constante de trocas e interações sensoriais com percepções racionais. O mecanismo de *feedback*, que ocorre da pele para o cérebro e deste para aquela, é contínuo, mesmo durante o período do sono. Assim mediado, o sentido da dor constitui-se num sistema de alerta de vital importância para a preservação da

[32] Trataremos desse "real" no quarto capítulo desta tese.

integridade física. Da mesma forma, assim como na experiência dolorosa, também as sensações de prazer são captadas e apreendidas por meio do sentido do tato, no contato com a pele. No que se refere ao toque, a pele constitui-se, por essência, como campo de excelência plena da experiência sensorial, caracterizada pelo tato. Sem dúvida, este se impõe como importante veículo de comunicação não verbal, que age na linguagem dos sentidos, na fenomenologia do existir. Nas palavras de Montagu:

> A linguagem dos sentidos, na qual podemos todos ser socializados, é capaz de ampliar nossa valorização do outro e do mundo em que vivemos, e de aprofundar nossa compreensão em relação a eles. Tocar é a principal dessas outras linguagens. As comunicações que transmitimos por meio do toque constituem o mais poderoso meio de criar relacionamentos humanos, como fundamento da experiência (MONTAGU, 1988, p. 19).

Verificamos, assim, que, devido à importância do tato, muitos danos podem advir da ausência ou redução do toque, nos seres humanos, pois, no que diz respeito às relações sociais, o contato físico implica o encontro, como exemplificado a seguir:

> **Excerto 17**
> Essa cicatriz eu adquiri fervendo leite no caldeirão e aí, quando eu fui tirar o leite do caldeirão, o leite do fogo, o arco do caldeirão soltou e aí o leite derramou em mim [...] Eu sei que é uma pesquisa, o que eu queria falar assim, é que mudou a minha vida... Porque mudou, mudou assim minha autoestima... Eu era muito mais alegre, antes da cicatriz! Eu era muito mais alegre, hoje não... Mas eu não tenho aquela alegria de mostrar meu corpo... Eu fico assim, sei lá, eu fico assim, me sentindo assim com baixo astral, lá embaixo, a autoestima da gente desce completamente quando a gente tem uma coisa assim que não pode tá livre, né? Era diferente antes da cicatriz, era diferente, a cicatriz atrapalhou na minha vida conjugal, eu me refiro à cicatriz, eu não acho uma outra coisa, sabe? Mudou assim em termos de carinho, mesmo, por isso que eu falo que foi depois da queimadura, porque meu corpo não ficou a mesma coisa, entendeu? É, mudou assim, porque ele, principalmente na hora do sexo, assim, entendeu, que tem aquele carinho e foi que depois da queimadura não teve aquele carinho mais, igual era antes... [E10] – Cicatriz – queimadura.

Ao relembrar o acidente doméstico que resultou na formação de extensa cicatriz que atinge grande parte do seu tronco, inclusive mamas e parte expressiva do seu braço esquerdo, a entrevistada [E10] também relata o fato de associar a existência de tal lesão cicatricial com perceptíveis alterações no seu estado de humor, associadas a sentimentos de baixa autoestima. Para além desses, refere, ainda, em sua fala, que, em relação ao toque e às carícias durante as relações sexuais com o seu esposo, “depois da queimadura não teve aquele carinho mais, igual era antes”. Nesse caso observamos, dentre outras coisas, como as alterações negativas

percebidas na intensidade e modos do toque, este interpretado como uma das possíveis formas de manifestação do carinho/afeto entre pessoas, foram compreendidas pela entrevistada como vinculadas à existência de sua extensa cicatriz desfigurante, sendo esta, assim, por ela considerada como responsável por grande parte dos seus sofrimentos relativos às alterações percebidas na sua vida conjugal. Em tal contexto, não seria demais considerarmos aqui a possibilidade de um funcionamento da memória, possivelmente ativada no momento do toque na pele cicatrizada, que remete à evocação do instante do trauma que nela resultou. Essa memória, pelo que vimos no trecho acima, atua nela, mas pode também estar operando, de alguma forma, no marido de [E10].

Assim, podemos inferir as formas pelas quais o tato se impõe como o sentido que permeia o encontro com a realidade – "o tato é o verdadeiro teste da realidade" (JONAS, 2001, p. 47 *apud* MARZANO, 2012, p. 963).

2.4 A PELE E SUA RELAÇÃO COM O FEIO E O BELO

Ainda no que se refere à relação entre pele e memória, verificamos que vários entrevistados(as) fazem referência às marcas como sendo feias e/ou belas, o que indica que tais marcas apresentam uma relação de memória com questões que dizem respeito às concepções de feio e de belo, as quais são historicamente constituídas.

O feio é relativo aos tempos e às culturas, pois o inaceitável de ontem pode ser o bem aceito de amanhã e o que é percebido como feio pode contribuir, em um contexto adequado, para a beleza do conjunto (ECO, 2007, p. 421). O ideal de beleza feminina clássica, consagrado nas vênus da Antiguidade, não encontra respaldo nos critérios de consagração da beleza feminina concebidos na Idade Média, na Idade Moderna ou na Contemporaneidade.

Assim, beleza e feiura podem ser compreendidos como uma referência a um modelo específico, em forma, cor, função e integridade, em consonância com critérios evidenciados e extraordinariamente ressaltados, conforme a época em destaque. Enquanto o que é considerado belo desperta reações de aceitação, apreciação, louvor e desejo, o que é classificado como feio implica frequentemente em uma reação de repulsa, espanto, temor e horror. Isso também funciona em relação à pele e à forma como essa é percebida nas relações consigo mesmo e com o outro, enquanto parte constituinte de um corpo. Em relação às entrevistas, como dito acima, verificamos que a noção de feio (e também de belo) marca a relação com certa "memória da pele". É o que mostra, por exemplo, o seguinte excerto:

> **Excerto 18**
> Me incomodava demais as cicatrizes provocadas pelas estrias e optei por fazer a plástica, a cirurgia plástica...porque as estrias eram muitas, eram muito feias, então, por mais que tenha ficado uma cicatriz feia, é uma cicatriz feia, eu mudei as minhas roupas íntimas, né, eu usava um certo tipo de calcinha, eu tenho que usar outro, eu não gosto de ficar olhando muito tempo...[E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

No exemplo acima, a entrevistada justifica a opção pela cirurgia estética abdominal, mesmo estando ciente da inevitável formação de extensa cicatriz na área tratada, bem como de todas as outras possibilidades de efeitos inesperados (tais como queloides), inerentes às práticas cirúrgicas, as quais podem ocorrer, a despeito do uso das técnicas corretas e dos cuidados relativos a tais procedimentos. Seus argumentos para "querer" a cirurgia se baseiam na sua compreensão de "feio", adjetivo que ela utiliza várias vezes para referir-se às suas estrias, cuja existência, segundo afirma, interferiam de maneira inaceitável em sua vida. Paradoxalmente, aceita a "cicatriz feia" atual, resultante da intervenção cirúrgica, como podemos verificar abaixo:

> **Excerto 19**
> Eu prefiro a cicatriz hoje! Porque hoje eu visto uma roupa, me sinto melhor, eu coloco um biquíni, como ela é bem baixa, não mostra, então assim, prá mim o benefício de ter uma cicatriz grande como essa que ficou, é maior do que ter as estrias, porque eram muitas![E1] – cicatriz – cirurgia plástica.

Como visto, a entrevistada refere-se positivamente à atual possibilidade de esconder a cicatriz cirúrgica, marca que ainda a incomoda, mas que, por ser "bem baixa", diferentemente das estrias anteriores que eram visíveis quando a entrevistada usava um biquíni, pode ser escondida pelo uso do traje de banho. Dessa forma, a entrevistada substitui uma marca pela outra, porque considera a primeira (as estrias) "muito feia", enquanto a segunda, mesmo sendo rotulada como "uma cicatriz feia", é vista como passível de ser escondida ("não mostra") do olhar do outro, o que proporciona algum alívio a [E1]. Isso mostra que a avaliação do outro, daquele que vê a cicatriz das estrias, mas não pode ver a cicatriz da cirurgia é, de fato, muito importante na avaliação que [E1] faz de suas marcas.

Ainda na perspectiva de ser avaliado pelo outro, encontramos, em outra entrevista, o seguinte excerto:

> **Excerto 20**
> Ah! Na faculdade, as meninas ficavam, eu lembro até hoje, tinha uma colega que falava assim: "Nossa!", eu até tenho certeza que prá ela, não foi nada que ela falou, mas no coração da gente, quem tem, sente, né? "Nossa, não

> sei como que você aguenta viver com isso! Nossa! Eu não suportaria ter isso, não! Nossa! Como é que você aguenta ter esse negócio, né?" Né, é porque é feio, né? Não é belo, não é bonito, é feio, né, realmente, é feio! Mas, assim, é uma coisa que dói, né? Porque assim, cê tem a doença, ela falou assim, eu sei que ela falou na inocência, assim, falou por falar, né? Mas é uma coisa que dói, né? E eu sei que as pessoas, lá na faculdade, também, não sei, que todo mundo ficava olhando, porque na faculdade eu acho que eu era a única pessoa que tinha isso lá, que nunca vi ninguém com vitiligo, lá e até hoje é muito difícil você ver alguém com vitiligo... É difícil, é uma porcentagem pouca, pouquíssima, né, da população que tem... [E12] – Vitiligo.

A fala de [E12] indica que apresentar uma aparência corporal que destoa daquilo que é comumente aceito como belo pode produzir, de certa forma, uma sensação de dor, a qual, nesse caso, é mediada pelo olhar e pela linguagem do(s) outro(s) (a colega de faculdade, as pessoas na faculdade).

Várias considerações sobre o que se constitui como sendo belo ou feio, na acepção da condição humana, são primorosamente discutidas por Eco, nas obras *A História da Beleza* (2004) e *A História da Feiura* (2007). Nesse último, Eco cita, entre outros, Nietzsche, o qual afirma, em alguns de seus aforismas, que:

> No belo, o ser humano se coloca como medida da perfeição [...] adora nele a si mesmo. [...] No fundo, o homem se espelha nas coisas, considera belo tudo o que lhe devolve a sua imagem [...]. O feio é entendido como sinal e sintoma da degenerescência [...] sobretudo o cheiro, a cor, a forma da dissolução [...] tudo provoca a mesma reação: o juízo de valor 'feio' (NIETZSCHE, 2006 *apud* ECO, 2007, p. 15).

Tais observações nos levam a refletir sobre como e quando decidimos pela classificação de algo ou de alguém dentro do vasto e indefinido universo dos conceitos de belo e de feio. Na Antiguidade, o ideal grego da perfeição era representado pela união do belo com o bom, dessa forma, relacionava-se para sempre, como observamos na literatura, a feiura física com a feiura moral (ECO, 2007, p. 23). Entretanto, até hoje não se definiu se os antigos entendiam como "belo" tudo aquilo que agrada, que atrai o olhar, que satisfaz aos sentidos, ou uma beleza espiritual, um atributo da alma que pode, às vezes, não coincidir com a extraordinária beleza do corpo (ECO, 2007, p. 24). Contudo, na Grécia Antiga encontramos, quase sempre, a beleza associada a outras qualidades, como a justiça, por exemplo (ECO, 2004, p. 37).

Na relação compreendida entre o feio e o mal na Idade Média, Santo Agostinho argumentava que, apesar do "insulto" causado à visão, o erro também faz parte da ordem geral das coisas e que a existência do feio adquire o mesmo valor que o belo na medida em

que, na proporção do equilíbrio feio/belo, manifesta-se a harmonia do conjunto, embora afirmasse que o mal e o feio não existem no plano divino. Nessa perspectiva, Agostinho relacionava o mal e o feio com o inferno. Entretanto, o mesmo Santo Agostinho dizia que "os monstros eram belos enquanto criaturas de Deus" (ECO, 2007, p. 114).

Ainda no período medieval, a beleza é considerada como resultante de mútuas relações entre as coisas e as noções de funcionalidade, proporção e integridade, conforme Eco (2004) nos mostra que ocorre nos textos de Aquino:

> Tomás de Aquino dirá que para que exista beleza é necessário que exista não apenas uma proporção, mas também integridade (isto é, que cada coisa tenha todas as partes que lhe competem; logo, será considerado feio um corpo mutilado (ECO, 2004, p. 88).

Em conformidade com a citação acima, no decorrer de nossas entrevistas, por diversas vezes, nos deparamos com manifestações verbais que relacionam a compreensão do ideal de beleza, mencionado por Aquino ou, melhor dizendo, a falta dela, com a existência de uma pele marcada, seja por lesões congênitas ou adquiridas, numa relação direta de causa e efeito, produzindo, desse modo, um enredo que compõe o entendimento do sujeito marcado, que se vê, a si próprio e ao outro, igualmente "marcados", compartilhando e compondo um cenário de imperfeição, associado à incapacidade e à feiura.

> **Excerto 21**
> Muitas! Eu já vi cicatrizes bem piores, eu já vi bem piores! É, eu procuro, assim, usar a minha experiência como algo assim, muito pessoal, como uma coisa que aconteceu comigo![E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.
> [...]
> Porque as estrias eram muitas, eram muito feias, então, por mais que tenha ficado uma cicatriz feia, é uma cicatriz feia... não gosto de ficar olhando muito tempo, então às vezes eu coloco a mão assim no espelho, aí eu falo: Poxa, se ela fosse menor, teria ficado melhor? Se eu não fosse contra tatuagem, eu teria feito uma (risos), **porque eu tenho amigas que fizeram por não aguentar conviver com a marca**. [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

A fala de [E9] exemplifica bem o que afirmamos no parágrafo anterior. A entrevistada assinala que os sentimentos pessoais negativos relativos às suas marcas cutâneas também são, por ela percebidos em suas amigas, estas também portadoras de cicatrizes inestéticas e, da mesma forma, insatisfeitas com tal condição.

No ambiente renascentista, todos esses conceitos sofrem uma reviravolta, com a valorização das manifestações populares, as quais, pelos caminhos da sátira, evidenciam e

ostentam a imprudência e o obsceno. De acordo com Eco, tal mudança ocorre em uma sociedade que “doravante vai sustentar a supremacia do humano e do terrestre sobre o divino, tais referências transfiguram-se em orgulhosa afirmação dos direitos do corpo” (ECO, 2007, p. 142).

Foucault, sobre o qual já tratamos anteriormente, também nos mostra que, a partir do Renascimento, o culto à beleza passa a ser uma obrigação das mulheres de classe alta.

A partir do século XVII “a obscenidade torna-se oportunidade de elegante entretenimento na literatura licenciosa seiscentista e setecentista” (ECO, 2007, p. 150). No período entre a Idade Média e o início da Modernidade fazia grande sucesso a ideia que relacionava a mulher feia com sua malícia interior e o seu nefasto poder de sedução. O mundo cristão considerava que, “segundo as Escrituras, os adornos para a beleza sempre formam um todo com a prostituição do corpo”, insinuando que a mulher se adorna para mascarar seus defeitos físicos, com a intenção de “tornar-se atraente para o marido, ou pior, para os estranhos” (ECO, 2007, p. 160).

Na esteira desse pensamento, explodem os processos de condenação das bruxas à fogueira, não somente no mundo católico, mas também e, sobretudo, no mundo protestante, tanto na Europa como na América (ECO, 2007, p. 207). Bem como explodem o asco e a desconfiança com aqueles que fogem a um padrão de estética corporal, ou seja, os coxos, os manetas, os manchados, os negros (etíopes), considerados como malditos (amaldiçoados).

A revelação de novos continentes, com seus povos, fauna e flora ainda estranhos para a Europa, suscitou a curiosidade dos indivíduos, que passaram a reverenciar os espetáculos de exibição dos diferentes, surgindo, assim, a partir de 1500, o gosto pela visualização do bizarro. Por esses mesmos caminhos, também as novas descobertas das ciências do corpo humano, sobretudo a anatomia, contribuíram para atender a essas novas formas de entretenimento e diversão (ECO, 2007, p. 249).

No rastro das novas descobertas no campo da medicina, inicia, no século XIX, a antropologia criminal, com as propostas de Cesare Lombroso, as quais tentavam demonstrar que os traços da mente criminosa estavam sempre associados a anomalias somáticas (ECO, 2007, p. 261). É quando surge a preconceituosa afirmação segundo a qual: “quem é feio é mau por natureza” (ECO, 2007, p. 261). O passo subsequente foi tornar “feios e maus todos os excluídos que a sociedade não consegue integrar ou controlar”, como bem observaram Nietzsche, Foucault, dentre outros (ECO, 2007, p. 261).

O mundo moderno inaugura uma nova era na representação do feio ao nos apresentar a caricatura política – antinazista, antifascista, anticomunista (ECO, 2007, p. 190). Assim, para

sustentar as ações civilizadoras do homem branco, as representações do homem negro sempre foram impiedosas, além da arte, também nos textos científicos (ECO, 2007, p. 197). E isso se estendeu a outras etnias de origem não europeia (árabes, indianos, chineses, dentre outros).

A revolução industrial, no século XIX, sugere que é possível encontrar beleza na frieza rígida das formas metálicas, despertando, assim, "novas formas de pensar e sentir que se refletiram nas artes e nos costumes, manifestas nas celebrações ao sadismo, nas apologias ao vício, ao prazer encontrado na dor, na beleza melancólica encontrada na doença" (ECO, 2007, p. 352). É a disputa entre a beleza puramente estética com a beleza estrutural e funcional que transformou a arquitetura a partir do uso do ferro, no século XIX e do concreto armado, a partir do século XX.

Com esse breve resumo das obras de ECO (2004, 2007), podemos compreender como historicamente se fortaleceu o consenso geral de que "aquilo que é belo é igual àquilo que é bom e que, é bom não somente aquilo que nos agrada, mas também aquilo que gostaríamos de ter" (ECO, 2004, p. 8).

A mentalidade estética medieval, renascentista, moderna e contemporânea, conforme as ideias de Eco são resultantes das experiências científicas e culturais de cada época mencionada. E, da mesma forma que incluem as artes, incluem também os seres humanos, no que diz respeito às suas características raciais, étnicas e individuais (saúde física e mental, integridade corporal ou sequelas).

Portanto, com base nos trabalhos de Eco, podemos analisar certas condutas adotadas por aqueles que apresentam marcas cutâneas, particularmente aquelas consideradas feias. Esses sujeitos buscam diversas maneiras de esconder a sua condição, numa tentativa de se preservar dos olhares indiscretos, das perguntas inadequadas, dos comentários jocosos, dos apelidos desagradáveis e, muitas vezes, de cunho pejorativo, por vezes segregatícios.

No exemplo a seguir, verificamos como o fato de uma lesão cutânea ter sido considerada, na infância, uma "mancha bonitinha", tornou suportável e, até mesmo agradável, a convivência da entrevistada com o seu nevo, apesar de ela afirmar sentir-se "diferente", por apresentar tal lesão:

> **Excerto 22**
> Todo mundo falava assim: "Você tem um reloginho, é o seu relógio, você não precisa usar nada". Porque realmente ela era muito bonitinha, né, então eu cresci vendo que eu era diferente em relação aos outros, por essa manchinha. A minha era num lugar que era privilegiado, né, que é como todo mundo falava, "é um relógio", então era um adereço. Né? Então eu

> tinha, as pessoas me achavam charmosa por causa dessa manchinha, né?[E8] – Nevo gigante.

A opinião geral dos familiares e amigos era de que, em virtude de sua localização, por eles considerada privilegiada, isto é, exatamente no local onde costumamos usar relógios, no antebraço esquerdo, o nevo era acolhido e aceito como "um adereço" que a tornava "charmosa". Assim, durante a infância de [E8], a lesão cutânea, segundo a compreensão da referida entrevistada, não se constituía, em si mesma, como uma ameaça à sua saúde, pois sempre havia sido relacionada a algo belo e, portanto, bom, o que levou [E8] a se assustar, na vida adulta, com a recomendação médica, após a devida avaliação, de remoção da lesão, diante da grande possibilidade de transformação maligna da mesma, como podemos observar no seguinte excerto:

> **Excerto 23**
> Aí, na época, eu procurei a senhora, né, foi a minha primeira médica, assim, e aí, antes até de ginecologista (risos)! E aí me orientou que a manchinha era um nevus, que eu começasse a perceber, começasse a trabalhar isso na minha cabeça, que eu poderia ter necessidade de tirar isso, futuramente, ou naquele momento, que eu pesquisasse mais a respeito, né, do melanoma, e eu me abri pra isso, porque até então, eu nem pensava em câncer de pele nem nada, e olha que a minha família tem uma tendência, né, a questão da cor, as pessoas muito brancas, meu pai teve, minha tia teve, da parte de minha mãe, também, então eu tenho isso dos dois lados. E aí, mas antes de acontecer, porque isso aconteceu agora, aí eu me abri, porque falou pra mim que era uma cirurgia preventiva e não corretiva [E8] – Nevo gigante.

A partir da advertência médica, a entrevistada compreendeu que a "manchinha bonitinha" poderia, eventualmente e em momento impreciso, transformar-se em uma real possibilidade de grave ameaça à sua saúde, fato que a levou a concordar com o procedimento cirúrgico proposto naquela ocasião. Entretanto, como constatamos abaixo, E8 relaciona a "manchinha" com a sua própria identidade:

> **Excerto 24**
> Eu tive que desapegar né, e pensar em mim futuramente. E eu, pra o lado da saúde eu tento enxergar todas as possibilidades de prevenção, apesar de a gente tá com a pele normal, naquele momento, eu tinha na época uns 19, 20, 21 anos, não lembro, e eu me abri, eu sabia que eu tinha que me desapegar, eu gostava muito daquela manchinha porque ela era a identidade que eu tinha, falavam: "Fulana da manchinha", enfim...[E8] – Nevo gigante.

Salientamos que as marcas consideradas "feias" são caracterizadas segundo as concepções de beleza e de feiura da contemporaneidade, as quais estão bastante pautadas nos

padrões largamente difundidos na mídia e fortemente arraigados na memória coletiva. Assim, ao buscarem os recursos propiciados pelas intervenções médicas, estéticas e similares, os sujeitos "afetados" por essas marcas anseiam que tais intervenções cumpram também a função de "exorcizar" a dor, a discriminação, o medo, que os acompanha. Tal afirmativa pode ser bem exemplificada nos trechos das entrevistas mostradas a seguir

> **Excerto 25**
> Era uma menina marcada![E5]
> Então a pessoa, a pessoa ela se fecha muito pra o mundo exterior! E isso que é complicado! Gera um desconforto, aí gera um desconforto![E3] – Psoríase.
>
> Incomodou bastante! Principalmente porque que não dá pra usar todo tipo de roupa, não dá pra onde eu quero ir, por exemplo, uma praia é complicado porque os "hematomas" aparecem, então, assim, complicou bastante a minha vida, em função disso...[E3] – Psoríase.

Estamos falando de situações nas quais, por um lado, não há manifestação física de intensos sintomas dolorosos, nem pruriginosos, mas, por outro lado, trazem em si as marcas discriminatórias da memória coletiva social. Vejamos, ainda, acerca do medo em relação às diferentes situações de contato social, o seguinte excerto:

> **Excerto 26**
> Eu ficava com muito ressentimento, que eu tinha medo de não conseguir arrumar emprego, sabe? Porque, querendo ou não, a estética reflete, reflete que quando cê vai, cê entrega o currículo, cê vai fazer entrevista de emprego, as pessoas olham, olham, não adianta, você pode ter mil problemas, mas a sua estética, todo mundo, não adianta, que vai olhar, vai olhar!
> [...]
> Aí eu, graças a Deus, eu consegui, sabe, meu emprego bom, é, na época eu fiz a entrevista de emprego, graças a Deus a pessoa que me entrevistou, ela não teve esse tipo de olhar, sabe? Ela me contratou! [E12] – Vitiligo.

A ambiguidade que se manifesta na fala de [E12]: ao mesmo tempo em que se sente negativamente atingida pelo olhar perscrutador do(s) outro(s), o olhar voltado para a manifestação do diferente, em seu corpo, em sua pele que se mostra, sente-se amparada e compreendida, em determinada situação, favorecida por um "outro olhar", um olhar que não lhe suscitou sentimentos negativos, mas que, em sua amplitude, se lhe mostrou acolhedor e não discriminatório.

2.5 MEMÓRIA DA PELE

A pele, órgão presente na primeira linha de defesa do corpo humano, impõe-se como o primeiro obstáculo a ser transposto na luta empreendida nessa defesa, ao mesmo tempo em que atua na condução e percepção dos sentidos. Além disso, a pele também permeia o primeiro contato do sujeito com o mundo que o recebe no momento do nascimento. Trata-se, portanto, de um tecido biológico multifuncional, cuja fisiologia em plena atividade direciona e conduz, na riqueza de sua complexidade, a beleza da sutil tessitura do existir, das vivências, da percepção, promovendo e possibilitando experiências multifacetadas, as quais incorporam múltiplos possíveis significados para a constituição dos sujeitos.

Para Michaud:

> O corpo é o ponto de ancoragem a que é possível referir-se para se apreender como sujeito, gerir-se, manipular-se, transformar-se, ultrapassar-se como pessoa ou indivíduo entre os outros – seja por cirurgia, terapias, drogas ou virtude estoica (MICHAUD, 2009, p. 563, v. III).

Concordamos com os referidos autores e acrescentamos que a pele, como um dos órgãos mais sensíveis e visíveis do corpo, limite entre o eu e o mundo que me cerca, funciona como elemento que aciona essa ancoragem produzida pelo corpo, contribuindo, de forma decisiva, para que nos possamos "apreender como sujeito(s)". E esse acionamento se dá, principalmente, na/pela memória, como podemos exemplificar no seguinte pronunciamento:

> **Excerto 27**
> Então, assim, é relativo, né, **tudo é muito relativo e as marcas são até pra gente ter lembranças, né?** Do que foi que aconteceu comigo por eu ter essa marca, né? Então isso é importante... [E8] (grifo nosso – Nevo gigante).
> [...].
> Mas uma cicatriz, por um acidente, **ou nessa circunstância que foi preventivo,** eu acho importante pra você refletir, **você remeter ao seu passado,** o quê que te levou a ter aquela cicatriz, e aí ela te fortalecer, **ela fortalecer para as decisões**. [E8] (grifo nosso – Nevo gigante).
> **[**...]
> Então eu olho pra ela e falo que **tomei a decisão certa, torno a frisar**, **tomei a decisão certa**, pra que eu tenha uma qualidade de vida melhor, uma longevidade, enfim, justamente pra poder não me apegar a essa questão das vaidades, né? E aí eu sou feliz por ter tomado essa decisão. [E8] (grifo nosso – Nevo gigante).

Observamos, nesse excerto, claras referências à ativação das funções rememorativas onde [E8], em sua fala, evidencia o funcionamento de sua memória, que é ativada a partir da

visualização de sua marca atual (cicatriz cirúrgica resultante da remoção do nevus). As lembranças evocadas a remetem ao passado quando ainda convivia com a lesão congênita, atualmente já removida (nevus). Esse processo rememorativo, segundo ela, mobiliza elementos que lhe trazem a recordação, dentre outras, também dos motivos que a levaram a decidir pela cirurgia indicada após criteriosa avaliação médica. Ademais, ressalta, ainda, o aspecto afirmativo da cicatriz atual, a qual, em sua materialidade corporal lhe faz rememorar os caminhos de reflexão que teve que percorrer até finalmente concordar com a realização da cirurgia. Para ela, tal lembrança, de certa forma, lhe fortalece nos seus atuais momentos de tomada de decisões.

2.5.1 A pele e sua relação com a memória coletiva

No que refere à memória coletiva, Halbwachs (1990) mostra que, na vida da criança, o passado mais ou menos distante se manifesta nos meios sociais em que ela transita e que, ademais, é nesse passado vivido, bem mais do que no passado apreendido pela história escrita, que se apoiará, mais tarde, a memória do adulto que um dia foi aquela criança. E é nesse sentido, afirma o autor, que a história vivida se distingue da história escrita, pois ela encerra em si mesma todos os elementos necessários para a construção de “um quadro vivo e natural em que um pensamento pode se apoiar, para conservar e reencontrar a imagem do seu passado” (HALBWACHS, 1990, p. 71).

Nas entrevistas realizadas para este trabalho, verificamos, muitas vezes, certa relação com a história vivida por cada um daqueles sujeitos de pesquisa, suas experiências, as quais sempre são retomadas, como que ligadas a uma memória coletiva. É o que podemos verificar no mesmo trecho já anteriormente citado, naquela ocasião, para assinalar uma interpretação de naturalidade e beleza, relacionadas à presença de sua “manchinha”, visto agora sob outra perspectiva, a da memória coletiva. No referido trecho, [E8] refere-se, também, às lembranças, as quais evidenciam a sua compreensão acerca de sua “manchinha” (nevus gigante congênito no antebraço esquerdo), que já estava presente no seu nascimento e a acompanhou por todo o período da infância e adolescência. Vejamos, então, como a entrevistada faz seu relato:

> **Excerto 28**
> Todo mundo falava assim: ‘Você tem um reloginho, é o seu relógio, você não precisa usar nada’. Porque realmente ela era muito bonitinha, né, então eu cresci vendo que eu era diferente em relação aos outros, por essa

> manchinha, mas ao mesmo tempo eu agradecia, porque eu conheci uma pessoa que tinha essa mesma manchinha, próxima da boca, na mesma idade que eu, ela foi colega, não sei nem onde ela está hoje, mas eu acho que ela fez a cirurgia, também. A minha era num lugar que era privilegiado, né, que é como todo mundo falava, 'é um relógio', então era um adereço, né? Então eu tinha, as pessoas me achavam charmosa por causa dessa manchinha, né? [E8] – Nevo gigante.

Nesse excerto, a entrevistada, ao responder a uma pergunta da entrevistadora, faz referência à sua lesão cutânea, quando estava ainda presente, na infância, uma vez que tal lesão foi totalmente removida quando a paciente tinha cerca de 19 anos, pois havia, segundo a médica que a tratou, uma forte possibilidade de malignização da mesma. Na resposta, a entrevistada se reencontra com outras lembranças do seu passado de criança e fala não só da sua própria lesão, mas também da lesão de uma amiga, a qual tinha a mesma "manchinha", só que no rosto. Nesse caso, vemos que a forma de referir-se à lesão como sendo uma "manchinha" está relacionada à forma como as pessoas a referiam, comparando-a a "um reloginho". Note-se que o diminutivo está presente nas duas expressões, assim como nos adjetivos que estão relacionados à lesão, como é o caso de "bonitinha". Dessa forma, é a memória coletiva que constrói a forma da entrevistada definir sua lesão e, consequentemente, a forma de ela se relacionar com a referida mancha.

Verificamos, ainda, que a comparação com a mancha da colega, que tinha a mesma "manchinha", só que próxima da boca, também é permeada pela avaliação do outro, da coletividade. Afinal, quando diz que era uma privilegiada porque sua "manchinha" era no braço e funcionava como uma espécie de adereço, a entrevistada retoma, mais uma vez, a memória coletiva, segundo a qual ela (a entrevistada) era considerada charmosa, por causa da "manchinha". Daí, dessa avaliação positiva do outro, nasce o alívio que sentia por não ter uma "mancha" localizada na face, como a da sua colega. Vejamos mais um trecho da entrevista:

> **Excerto 29**
> Eu tinha medo que os meus filhos tivessem uma manchinha, mas num lugar errado, que expusesse muito, que levasse, não sei, ao ridículo, enfim, eu tinha medo, mas graças a Deus meus filhos não saíram, saíram com pintinhas, como eu tenho muitas, mas em lugares charmosos [E8] – Nevo gigante.

Acima, verificamos o quanto esse temor da possibilidade de que a "manchinha num lugar errado" se manifestasse também em seus filhos e, assim, expô-los ao "ridículo" ainda a acompanhou por muito tempo, até o nascimento desses, quando então se certificou de que

seus filhos não tinham a indesejada “manchinha”, o que lhe trouxe, finalmente, alívio. Isso mostra que, como defende Halbwachs:

> [...] fora das gravuras e dos livros, na sociedade de hoje, o passado deixou muitos traços, visíveis, algumas vezes, e que se percebe também na expressão dos rostos, o aspecto dos lugares e mesmo nos modos de pensar e de sentir, inconscientemente conservados e reproduzidos por tais pessoas e dentro de tais ambientes, nem nos apercebemos disto, geralmente. Mas, basta que a atenção se volte para esse lado para que nos apercebamos que os costumes modernos repousam sobre antigas camadas que afloram em mais de um lugar (HALBWACHS, 1990, p. 68).

Em relação à [E8], verificamos como, de certa forma, no seu modo de pensar, mesmo com a remoção da “manchinha”, persistiu ainda por muitos anos o temor de que a marca removida pudesse apresentar-se, futuramente, em algum de seus filhos, dessa vez em algum “lugar errado”. Esse temor, albergado no íntimo dos seus pensamentos, aflorava sempre que recordava-se da “manchinha”.

Halbwachs ainda nos alerta para o fato de que a lembrança é, em larga medida, uma reconstrução do passado com a ajuda de dados emprestados do presente, uma vez que, à medida que a criança cresce, e, sobretudo quando se torna adulta, ela participa de maneira mais distinta e mais refletida da vida e do pensamento dos grupos dos quais fazia parte, mesmo que, de início, disso não se aperceba (HALBWACHS, 1990, p. 71).

Nesse sentido, verificamos, na mesma declaração, que a entrevistada relata a forma como as novas informações que ela adquiriu, ao longo de sua vida adulta, fazem-na refletir, hoje, sobre sua decisão, na época, de acatar a sugestão médica de remoção da lesão:

> **Excerto 30**
> [...] e quando veio o resultado da biópsia, foi como se eu tivesse nascido naquele momento, então não tinha nada e, parece-me que, na época, também, retirou toda a parte de dentro, também, acho que não ficou nada, não e, tirou toda a área e foi grande, foi um pedaço grande que tirou de mim, mas, hoje eu olho pra minha cicatriz, que ficou uma cicatrização bem discretinha, ela não é queloide,... eu só sinto saudades, né, mas feliz em saber que eu estou protegida, que dessa atitude que eu tive na época, veio o meu bem estar hoje, porque já era uma predisposição, o medo é justamente essa predisposição, de você falar assim, oh, você pode ter, não é igual a uma pele normal que você pode ver que tá tudo bem, mas aqui eu já poderia ter, né? E aí eu agradeço imensamente essa sabedoria que a senhora teve na época, né, esse conhecimento, essa atualização, que hoje o câncer de pele tá assim, em voga, né, deixa eu ver quantas pessoas, na minha família, o meu irmão teve, meu pai teve, minha tia teve, assim, poderia ser eu também, né? [E8] – Nevo gigante.

Da mesma forma que [E8], também observamos em [E11] temores semelhantes em relação às suas “pintas” (nevus melanocíticos), quanto à possibilidade de malignização das mesmas:

> **Excerto 31**
> Eu sempre tive muitas pintas no corpo, mas muitas mesmo, de vários tamanhos, umas mais claras, outras mais escuras e, por isso, sempre me preocupei com elas porque eu sempre ouvi falar que elas podem virar câncer! Na minha família tem muitos casos de câncer, de pele e outros tipos também. Meu avô paterno teve e duas tias maternas, também! Eu acompanhei a época do tratamento deles e vi de perto o sofrimento todo, deles e de todo mundo na minha família. Ah! O medo que eu tenho de alguma pinta dessas que eu tenho no corpo todo se transformar numa coisa maligna, num câncer, né? Por causa dos casos que já teve na minha família! [E11] – Nevos melanocíticos – tronco.

Podemos ainda assinalar, na fala de [E11], acima destacada, o funcionamento da memória agindo na elaboração de seus temores, quando ela relata que “eu sempre ouvi falar que elas podem virar câncer!”.

A memória é uma presença que se impõe e se apresenta em nossas vidas, com as impressões que guardamos do passado, a evocação dos sabores e dissabores, aromas e cores, a reconstituição dos fatos, enfim, localizados no tempo e no espaço. Na fenomenologia do existir, a essência da experiência humana se materializa e se consolida na multiplicidade das diversas formas da sua interação — eu com o outro, eu com os grupos e, por fim, eu comigo mesmo — que emerge e se manifesta na riqueza das trocas propiciadas pelo advento das relações sociais e, assim, nesse panorama de diversidades, as identidades se constituem e se afirmam. Ainda de acordo com Halbwachs:

> As lembranças se reconstituem a partir de imagens flutuantes, incompletas, reconstruídas. Assim, um quadro não pode produzir totalmente sozinho uma lembrança precisa e pitoresca. Porém aqui, o quadro está repleto de reflexões pessoais, e a lembrança é uma imagem engajada em outras imagens, uma imagem genérica reportada ao passado (HALBWACHS, 1990, p. 73).

No exemplo a seguir, encontramos referências à memória e à alteridade, as quais se encontram marcadas nas evocações das impressões da entrevistada. Impressões essas que são rememoradas a partir das reações dos outros, diante da visualização das marcas cutâneas:

> **Excerto 32**
> Na hora de comprar um biquíni é complicado, tem que comprar um biquíni que não mostre a cicatriz, assim, quando eu vou fazer algumas consultas, eu

> fico um pouco constrangida, né, consultas ginecológicas, e tal. Eu não tinha condição de colocar um biquíni, né, porque as estrias eram muitas, eram muito feias, então, por mais que tenha ficado uma cicatriz feia, é uma cicatriz feia, acho que ficou melhor. [E1] – Cicatriz - cirurgia plástica.

O excerto acima mostra o sofrimento da entrevistada diante da possibilidade de exibir sua cicatriz (resultante de intervenção cirúrgica estética reparadora) ao olhar e, portanto, ao julgamento do outro, como nas ocasiões de consultas ginecológicas e nas situações em que usava trajes de banho. Ainda nesse caso, a experiência de comprar um biquíni, que estaria, *a priori*, relacionada ao lazer e, portanto, ao prazer, associa-se também ao desconforto, ao constrangimento.

Encontramos, a seguir, na fala de [E5], um relato semelhante ao de [E1], quando relaciona o sofrimento a ela causado pela percepção de que a exposição involuntária de suas marcas na face (cicatrizes decorrentes dos processos inflamatórios causados pela atividade lúpica) causa diversas reações nos observadores, as quais a fazem sentir-se, de certa forma, discriminada:

> **Excerto 33**
> Hoje, no ônibus, eu pego o mesmo ônibus, todos os dias e, nesse mesmo ônibus ainda encontro pessoas que olham e focam, e tem gente que encara e eu encaro também, né! Mas, até hoje, até hoje as pessoas elas tem um preconceito, elas, elas tem muita, assim, discriminação, assim, no comércio de Conquista, alguns lugares que você entra, não lhe olham com aquela receptividade, né? Lhe olham pra comentar... Isso é muito comum! [E5] – Lúpus eritematoso.

Para [E5], é patente o peso dos olhares e comentários de outrem diante da visualização de sua “marca”, durante suas compras na cidade e no transporte coletivo que utiliza para dirigir-se ao trabalho, fato que associa a sentimentos de discriminação.

Em contraponto aos discursos que associam constrangimento e/ou sensações de desconforto às suas marcas, [E4] reage com aparente naturalidade e certa dose de humor às reações dos colegas diante de sua “marca” (nevo congênito – braço esquerdo), embora possamos perceber algum ressentimento, ainda que discreto:

> **Excerto 34**
> Não, até o momento, mesmo porque não fica sempre à vista, mas nunca tive vergonha de mostrar, nunca me atrapalhou em nada![E4]-Nevo melanocítico
> [...]
> Só tinha uns apelidozinhos, mas eu sempre levei na esportiva, o povo me chamava de Angélica (risos), aí, mas nunca liguei pra isso, não![E4] - Nevo melanocítico.

Diante da possibilidade de visualização da sua cicatriz (cirurgia de emergência) por outras pessoas e até mesmo por seu marido, no próximo fragmento de uma das entrevistas, [E7] se refere àquela com um forte sentimento de vergonha, exacerbado pela impressão pessoal de que "o pessoal só consegue enxergar aquilo", de tal forma que essa situação a torna refém de suas próprias impressões, como podemos constatar, a seguir:

> **Excerto 35**
> E me incomoda muito, assim, pra ter uma ideia, até do meu marido eu tenho vergonha! Por que eu me olho no espelho e vejo essa coisa preta e estufada! Então a impressão que eu tenho é que quando eu ponho um biquíni, na praia, o pessoal só consegue enxergar aquilo ali! Então, assim, eu já fui várias vezes na praia, depois da cirurgia, mas eu sempre coloco um esparadrapo pra esconder, ou então eu não uso biquíni ou maiô! [E7] – Cicatriz – cirurgia emergência.

O quadro que manifestamente se repete nas falas acima, embora cada uma delas se refira a marcas resultantes de distintas condições, também remete às "memórias" na/da pele dos entrevistados, e seus reflexos em suas vidas.

Ressaltamos, ainda, que o corpo que se mostra, ou a parte dele que se mostra, evidencia a noção de portador (a) de uma aparência diferente, que se concretiza na percepção da reação do(s) outro(s) e, assim, pode desenvolver, no sujeito "marcado", sentimentos de desvalia e desconforto. Tal como relatado por [E7], podemos compreender como essas situações podem causar intenso sofrimento àquele(la) que tem a pele marcada e, com isso, podem dificultar o estabelecimento de relações interpessoais, resultando em comportamentos de isolamento e de inferioridade.

Da mesma forma, ainda destacando o papel desempenhado pelas reações do grupo em relação às marcas cutâneas expostas, mostramos, a seguir, mais um relato de outra entrevista, cuja fala bem exemplifica esse papel do grupo (do outro) na percepção das marcas:

> **Excerto 36**
> Eu acho que é importante, porém as pessoas, se eu conto, por exemplo, ao meu chefe, a impressão que dá é que eu tenho que ser poupada, porque eu tenho determinado problema de saúde! E aí, eu não quero passar essa impressão, entendeu?[E5] – Lúpus eritematoso;
> [...]
> Por exemplo, assim, eu tenho limitações, então eu não quero que essas limitações atrapalhem o meu trabalho, aí eu fico meio receosa, só se a pessoa perguntar mesmo, assim, se for direta! Ou então se tiver numa conversa mais descontraída, aí eu vou falar, mas eu também não tenho vergonha de falar, não [E5] – Lúpus eritematoso.

Ao dizer que não possui limitações e que não deseja ser poupada, pelo fato de apresentar algo diferente em sua pele, a entrevistada reforça um aspecto relacionado com a memória coletiva de que há um discurso que afirma que a pessoa, cuja aparência física difere da maioria, deve ser tratada com alguma reserva, e que inclusive deve ser poupada no trabalho.

Halbwachs nos ajuda a situar, no tempo e no espaço, a aventura pessoal da memória que se produz em nossas relações com os grupos com os quais estamos misturados e nas relações que se estabelecem entre esses grupos (JEAN DUVIGNAUD *apud* HALBWACHS, 1990, p. 14). Nessa perspectiva, amarra a memória da pessoa à memória do grupo; e esta última à esfera maior da tradição, que é a memória coletiva de cada sociedade (BOSI, 1994, p. 55). Assim, podemos compreender que toda memória coletiva tem por suporte um grupo, limitado no tempo e no espaço, e ela permite que esse grupo possa reencontrar-se e reconhecer-se como tal, vivo e único.

Neste capítulo, vimos, portanto, que os processos de subjetivação e de produção de sentidos organizados pelos sujeitos cujas falas foram alvo de análises e reflexões, conforme observamos, confirmam a nossa hipótese norteadora inicial, na qual defendemos que as marcas da/na pele funcionam como indeléveis marcas de memória, as quais, de maneira incontornável e, por vezes, até com certa crueldade, se impõem como elementos que contribuem para constituição da subjetividade do(s) sujeito(s) marcado(s).

No próximo capítulo, a partir da noção de estereótipo apresentada por Ruth Amossy e Anne Herschberg Pierrot (2005), buscaremos relacionar tal concepção à importância da imagem de si para a constituição do sujeito, especificamente, no caso deste trabalho, do sujeito que tem marcas na pele.

3 PELE E ESTEREÓTIPOS

Os estereótipos são estudados sob diferentes perspectivas. Neste capítulo, partimos da noção de estereótipo apresentada por Ruth Amossy e Anne Herschberg Pierrot (2005), e buscamos relacionar tal concepção à importância da imagem de si para a constituição do sujeito, especificamente, no caso deste trabalho, do sujeito que tem marcas na pele. Para as autoras supramencionadas, o estereótipo surge basicamente do contato entre diferentes grupos a partir de deslocamentos de ordem geográfica, religiosa, cultural, racial, sexual, política etc. Assim, com base na necessidade de diferenciação das partes, bem como de autoafirmação de alguma delas, criam-se estereótipos, para que os membros dos diversos grupos se reconheçam e se distingam dos demais, considerando que a imagem que fazemos do outro passa por categorias às quais os vinculamos (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 36).

As autoras explicam ainda que o conceito de estereótipo como fórmula fixa ou esquema surgiu a partir dos trabalhos de Walter Lippmann, um jornalista que, no início do século XX, utilizou o termo em uma de suas obras, ao considerar que as imagens que se encontram em nossas mentes e que interferem nas nossas relações com o real se referem a esquemas culturais preexistentes, os quais filtram a realidade apresentada. Para Lippman (1922), essas imagens e esquemas elaborados são indispensáveis para a vida em sociedade, pois, sem eles, o sujeito se perderia no fluxo e refluxo das sensações, tornando impossível a compreensão e a categorização do real, bem como suas possíveis ações sobre ele (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 32). Ainda segundo os argumentos apresentados por Lippmann, os homens respondem a uma representação do ambiente, por eles mesmos elaborada, e não à realidade exterior, que se apresenta em toda a sua complexidade. Dessa forma, Lippman afirma que os homens se utilizam dos estereótipos, por eles organizados em estruturas cognitivas, para processarem as informações captadas no ambiente. Ademais, para ele, tal processamento precede o uso da razão, pois, de certa forma, ele se impõe como um dado já assimilado, antes que alcance o campo da razão.

3.1 A PELE MARCADA E OS ESTEREÓTIPOS

Diante dos esclarecimentos anteriores, podemos, agora, verificar o alcance dos imensuráveis transtornos de ordem cultural, psicossocial e emocional que acometem os indivíduos portadores de patologias cutâneas, tais como as acima descritas, no seu convívio com o outro, o outro não portador de doença da pele, o outro “sadio”.

Como manifestação obviamente inevitável, nessas situações, nos deparamos com os estereótipos sociais largamente evidenciados nas reações de comportamento social segregatício e de atitudes de deliberada repulsão, onde os contatos são evitados, muitas vezes de forma clara e explícita, inclusive por parte dos familiares e das pessoas de convívio mais próximo do doente. Nestes casos, o estereótipo é considerado como algo negativo que tem de ser corrigido.

Embora não tenhamos incluído em nossa pesquisa pacientes portadores de hanseníase, na perspectiva ora em análise, necessário se faz tecermos alguns comentários sobre essa doença, antigamente e ainda num passado recente, conhecida como lepra, considerando seu forte apelo ligado à memória coletiva, particularmente quando ocorre a visualização de marcas na pele, decorrentes das mais diversas patologias cutâneas, sejam elas consequentes a quadros de hanseníase ou não.

A hanseníase (Figuras 30 a 35) é uma doença de caráter infectocontagioso, de curso crônico e prolongado, e é causada pelo *Mycobacterium leprae.* Acomete predominantemente a pele e os nervos periféricos. Devido às suas características clínicas, comumente pode ser confundida com outras doenças infecciosas que acometem a pele, como a sífilis, a tuberculose e a leishmaniose; com doenças reumatológicas como a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso; com doenças hematológicas como a leucemia e, ainda com várias outras patologias (Sittart,1998, p.125). Atualmente apresenta sua maior incidência na Índia, sendo que o Brasil se apresenta com a segunda maior incidência mundial dessa doença. Trata-se de doença de notificação compulsória e seu tratamento, no Brasil, é disponibilizado nos centros de referência, de forma gratuita, pelo Ministério da Saúde.

Convém ressaltar que, uma vez iniciado o tratamento adequado, encerra-se aí a possibilidade de transmissão da doença, portanto, do contágio. Entretanto, nos dias atuais, em especial no contexto brasileiro, presenciamos ainda um elevado índice epidemiológico de incidência dessa doença, apesar dos avanços nos recursos diagnósticos e terapêuticos. Ademais, as lesões cutâneas, nas suas mais variadas manifestações, as incapacitações físicas e as dores da hanseníase não são as únicas dificuldades enfrentadas por seus portadores. Estes continuam à margem da sociedade, ainda incompreendidos por um contexto social que segrega o diferente e, além deste, os efeitos resultantes dos processos de auto estereotipia e de auto segregação.

Para melhor contextualização da hanseníase na história, assim como suas repercussões de ordem sociocultural, na atualidade, destacamos que:

> A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de "lepra", é uma doença muito antiga, mencionada por Hipócrates, mas que encontra na Bíblia, nos capítulos 13 e 14 do Levítico, a sua conotação repugnante e terrível. Esta condição de impureza e, portanto, de abominação, trouxe uma carga de preconceito que, juntamente com outras abominações mencionadas pelo Levítico, foram muito bem analisadas por Mary Douglas. É no interior deste contexto que se encontram, por exemplo, as interpretações de que a lepra foi introduzida na Europa pelos Hebreus após a diáspora. [...]
> Na Idade Média, a hanseníase manteve alta prevalência na Europa e no Oriente Médio. O Concilio de Lyon ocorrido no ano de 585 estabeleceu o isolamento do doente da população sadia. Em alguns locais, esta medida foi bastante rigorosa e incluíam a realização de um ofício religioso em intenção do doente, semelhante ao ofício dos mortos, após o qual ele era excluído da comunidade, passando a residir em locais especialmente reservados para esse fim. O doente era ainda obrigado a usar vestimentas características que o identificavam como tal e fazer soar uma sineta ou matraca para avisar os sadios de sua aproximação (QUEIROZ; PUNTEL, 1997, p.30 e 31).

Figura 30 – Hanseníase borderline

Fonte: Atlas dermatológico[33]

[33] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 31 – Hanseníase borderline

Fonte: Atlas dermatológico[34]

Figura 32 – Hanseníase virchowiana

Fonte: Atlas dermatológico[35]

[34] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
[35] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Figura 33 – Hanseníase virchowiana

Fonte: Southsudan medical journal[36]

Figura 34 – Hanseníase virchowiana

Fonte: Southsudan medical journal[37]

[36] Disponível em: <http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/august-2010/understanding-the-stigma-of-leprosy.html>

[37] Disponível em: <http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/august-2010/understanding-the-stigma-of-leprosy.html>

Figura 35 – Hanseníase neural

Fonte: Atlas dermatológico[38]

Permanece ainda, em nossos dias, no imaginário popular, a associação da hanseníase com os temidos e pavorosos quadros de lepra descritos tanto na Bíblia, quanto na literatura e no cinema, numa referência às crenças e condutas próprias de uma época passada em que ainda se desconheciam os mecanismos da doença e, por isso mesmo, não havia tratamento eficaz, fato que propiciava a evolução da enfermidade, ainda sem controle, o que causava sérias e graves mutilações nos seus portadores. Em épocas passadas, notadamente até o início do século XX, o indivíduo, a partir do diagnóstico da hanseníase, tornava-se membro de uma nova sociedade. O medo criado em torno da lepra justificou as medidas de isolamento, então adotadas. Os asilos-colônia estavam estruturados para impedir qualquer contato de seus pacientes com o meio social maior.

A partir da primeira metade do século XX, a medicina passou a se interessar mais pela Hansenologia, principalmente pela ameaça que essa doença trazia.

> O horror à doença e a ausência de qualquer terapêutica específica eficiente afastavam os próprios médicos e cirurgiões, os quais precisavam ser compelidos a examinar as pessoas atacadas pelo mal de S. Lázaro. Mesmo após a identificação do bacilo da lepra por Hansen, a medicina pouco podia fazer pelos doentes até a descoberta das sulfonas, na década de 1940 (MESGRAVIS, 1976, p. 131).

[38] Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Em 1947, o início da aplicação da diamino-difenil-sulfona (DDS) modificou a terapia da hanseníase e, com isso, também a forma de encarar a doença, tanto pelos próprios hansenianos como pela sociedade, ambos agora diante de uma real possibilidade de controle do contágio e da cura.

O uso das sulfonas, que controlava a manifestação do bacilo de Hansen e, portanto, o contágio, possibilitou a saída dos pacientes dos asilos-colônia, livrando-os das internações compulsórias. Esse foi um grande avanço na assistência aos hansenianos, mas não garantiu necessariamente sua satisfatória reintegração social.

Os tratamentos atuais não requerem mais a internação hospitalar. A sulfona trouxe a possibilidade de o hanseniano voltar ao convívio social fora das colônias. Importantes mudanças ocorreram nas relações sociais dos hansenianos, como destacamos a seguir: um tratamento ambulatorial mais eficaz, a possibilidade da prevenção das incapacidades, a viabilidade para o trabalho, condições que tornam o hanseniano um sujeito ativo. Entretanto, constatamos, na prática clínica, que, lamentavelmente, o preconceito do hanseniano com a própria hanseníase ainda é grande e, apesar de todos os avanços, a sociedade e, ele próprio, ainda o discriminam. Daí a deletéria permanência dos estereótipos.

Na década de 1970, houve uma campanha no estado de São Paulo que propôs mudanças na nomenclatura de lepra para hanseníase, principalmente pelo forte estigma que o nome carregava. Esta medida surtiu efeitos políticos, provocando reestruturação dos órgãos responsáveis pelo combate e controle da doença e garantiu através de Portaria (Portaria BSB n°. 0165), preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, com ênfase na educação sanitária pública e na educação continuada para os profissionais (MESGRAVIS, 1976, p. 138).

Nesse sentido, constatamos que a construção e a veiculação de estereótipos são tão antigas quanto a formação das primeiras aglomerações sociais das quais se tem notícia. E assim, ao longo da história, são inúmeros os estereótipos das mais variadas formas que circulam nas concepções culturais do Ocidente e do Oriente, nos mais diversos contextos de ordem social, linguística, urbana, familiar e pessoal. Para Brunelli (2016), os estereótipos são:

> Essencialmente, representações cristalizadas sobre um grupo social, esquemas culturais preexistentes, imagens fictícias que expressam um imaginário social. Em alguns trabalhos da área, o caráter negativo dos estereótipos se liga justamente aos processos de generalização do real, que o simplificam, produzindo uma visão esquemática e deformada que favorece a emergência de preconceitos (BRUNELLI, 2016, p. 26).

Dessa forma, verificamos, pelo que mostram autores como Brunelli (2016) e Amossy e Pierrot (2005), que representações coletivas cristalizadas desempenham importante papel na coesão do grupo e na consolidação de sua unidade.

Ainda segundo o que nos mostram Amossy e Pierrot, as comunidades minoritárias defendem sua identidade contra toda ameaça de assimilação e, portanto, de desaparecimento, mediante a reafirmação de seus estereótipos de origem (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 48). Ademais, as mesmas autoras defendem que a visão/compreensão que se tem de um grupo pode advir do contato repetitivo estabelecido nas relações com essas representações, elaboradas das mais diversas formas como, por exemplo, a partir do que é veiculado nas mídias, o que mostra que o estereótipo é também fruto de um aprendizado social, o qual se impõe como instrumento de legitimação de desigualdades, como ocorre no caso das aparências físicas individuais, foco deste trabalho.

Os membros dos grupos estigmatizados, então, se adequam à imagem desvalorizada que lhes atribui o entorno hostil, interiorizando os estereótipos discriminatórios, ativando-os em seu próprio comportamento (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 43). Ainda segundo as referidas autoras:

> A visión que nos hacemos de um grupo es el resultado de um contacto repetido com representaciones enteramente construídas o bien filtradas por el discurso de los médios. El estereotipo seria principalmente resultado de uma aprendizaje social (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 41).

Na rotina diária dos sujeitos, em suas relações da vida em sociedade, a questão da visibilidade é um fator categórico, por isso a marca no corpo é imediatamente perceptível. As situações de contato compulsório com o outro, com aquele que desconhece a existência e a natureza das alterações cutâneas que ali se manifestam, ou até mesmo com aqueles que deveriam melhor compreendê-las, como os profissionais da área de atenção à saúde, na maioria das vezes, ao primeiro contato visual, despertam reações no observador que são percebidas pelo sujeito que tem a marca e, a partir daí, tais reações assumem especial importância para ele, pois, passam a determinar os modos e meios que serão adotados, a partir de então, pelo sujeito marcado, para suportar novos inevitáveis futuros contatos sociais no seu cotidiano, considerando que, em cada novo contato, haverá novas consequências para si, para o fluxo satisfatório das suas interações sociais e para a sua própria concepção de sujeito.

Sobre tais aspectos, vejamos o relato da entrevistada [E3]:

> **Excerto 37**
> Os namorados (risos), eles acostumaram. No começo do namoro sempre é complicado, porque eles ficam sem entender. Hoje ele já acostuma, meu namorado atual hoje ele já acostuma, ele já sabe, é parceiro. Mas é complicado, é difícil, porque às vezes meu namorado fala assim: "Meu Deus, XXXXX!! Seu rosto, seu corpo tá muito manchado"! Ele fica preocupado, hoje em dia. Aí ele já vai, ele já vai na farmácia de manipulação e já pede meu medicamento! Assim, ele é bem parceiro! Mas é difícil! No começo é complicado, você tem que explicar! Então assim, eu passo a minha vida toda explicando o que é psoríase, qual é a origem, pelo menos assim, o que eu sei, o que eu pesquisei né? Eu procurei entender!
> [...]
> Gera um desconforto, aí gera um desconforto, aí eu tenho que falar: "Doutora, doutor, eu tenho psoríase". Bem antes eu já falo! Antigamente eu não falava, eu tinha vergonha, hoje eu já falo! Que parece que a pessoa já te vê com outros olhos, assim, já muda a visão, né? "Ah! Ela tem psoríase"... Porque senão, quem não conhece, pergunta. Então eu já falo logo, esses dias mesmo fui na ginecologista, eu já falei: "Olha, eu tenho psoríase"![E3] – Psoríase.

A percepção do outro e de suas reações diante da(s) marca(s) que se mostram, segundo o relato acima, afetam a qualidade e a intensidade das interações sociais, "[...] que parece que a pessoa já te vê com outros olhos, assim, já muda a visão, né?" [E3], gerando "um desconforto" na entrevistada. Para lidar com tal "desconforto", verificamos, pelo que ela diz na entrevista acima, que [E3] adotou o recurso da aquisição de informações sobre sua condição como um eficaz aliado para enfrentar tais situações. Observamos, ademais, que, à medida que reage ao sentimento negativo ali expresso, "antigamente eu não falava, eu tinha vergonha, hoje eu já falo!", a entrevistada se sente mais segura e aliviada por ser capaz de, agora, reagir, na forma da emissão de informações sobre sua(s) marca(s), apoiada no fato de ter "pesquisado".

> Com efeito, o abalo sofrido pelo corpo no ato da percepção não é mecânico, mas é função da intenção, do desejo, que fazem o sujeito voltar-se para o mundo. Um componente afetivo filtra sem cessar o exercício da percepção. É esse componente que colore e interpreta o trabalho da sensação para organizá-la em uma paisagem de emoções (SUQUET, 2009, p. 514, v. III).

Ainda em relação às percepções dos sujeitos de pele marcada, no decorrer dos contatos sociais, e das elaborações que operam no enfrentamento das reações que se manifestam a partir desses contatos, apresentamos mais um trecho da fala de [E12]:

> **Excerto 38**
> Não, nunca tive problema, na época, eu tinha namorado, na época, não tive problema. Depois disso eu já tive outros namorados, hoje eu sou casada, meu

> marido, não, nunca tive problema, com meu namorado, não, isso não! Somente com pessoas de fora, assim, mesmo, mas as pessoas próximas a mim, não, nunca tive problema. [E12] – Vitiligo.

Podemos verificar que a fala de [E3] (excerto 37) está em consonância com o que disse [E12] (excerto 38), pois ambas reafirmam o pensamento de Goffman, quando ele, ao referir-se aos contatos sociais e às relações estereotípicas que emergem a partir desses contatos, sentencia:

> Há uma ideia popular de que embora contatos pessoais entre estranhos estejam particularmente sujeitos a respostas estereotípicas, na medida em que as pessoas relacionam-se mais intimamente essa aproximação categórica cede, pouco a pouco, à simpatia, compreensão e à avaliação realística de qualidades pessoais (GOFFMAN, 1982, p. 61).

Nessa perspectiva, o autor defende que as pessoas que integram o círculo do convívio íntimo do indivíduo estereotipado podem vir a desempenhar destacado papel nas situações sociais vivenciadas pelos sujeitos "marcados", como podemos observar na fala de [E5]:

> **Excerto 39**
> [...] da minha família, não! Sempre tive muito apoio, eu sempre fui muito amada, muito querida! Não, na minha família, assim, ninguém nunca me forçou, "Ah, clareia esse rosto, não sei que, tira essa mancha!" Sempre foi tudo muito espontâneo, sempre me senti apoiada! Porque não modificou a minha vida! Eu acho que ajudou, ajudou mais! [E5] Lúpus eritematoso.

Na fala acima destacada, [E5] reafirma, em concordância com a afirmação anterior de Goffman, o importante papel desempenhado por sua família, na medida em que, no convívio íntimo e diário, a família lhe transmitiu, com suas atitudes expressivas de afetuoso e compreensivo acolhimento, sensação de segurança e apoio.

A frequente continuidade das relações que se estabelecem no cotidiano conduz a árduo processo de elaboração de estruturas confiáveis que favorecem a estabilidade e o equilíbrio dessas relações, uma vez que, estabelecidas e aceitas, tais atitudes conduzem à determinada situação na qual a "marca" deixará de ser um ponto crucial, "de tal maneira que uma rotina diária de normalização pode-se desenvolver" (GOFFMAN, 1982, p. 62), propiciando ao sujeito marcado o sentimento de ser acolhido e aceito. Este tipo de confiança envolve mais a dimensão afetiva e é fortalecido pelo relacionamento interpessoal. Ainda a esse respeito, vejamos o seguinte trecho de uma das entrevistas que compõem nosso banco de dados:

> **Excerto 40**
> Falta muita, falta muita informação das pessoas, as pessoas não sabem o que é psoríase e a primeira pergunta que me fazem: "Pega? Que que é isso? Pega como pano branco"? Então, assim, as pessoas não sabem. Aí eu tenho que falar "não gente, é uma alergia emocional, também pode ser de caráter hereditário, no meu caso, foi de caráter hereditário, e ela não pega, fique tranquilo que ela não pega!". Aí, assim, quem já tem o costume comigo, quem convive comigo em casa, no trabalho, tudo já sabe, mas quem não conhece já pergunta: "Que mancha vermelha é essa? Por que está descascando"? Quem não conhece. E aí é inevitável, porque às vezes aparece no braço, no rosto, e aí você não tem jeito, não tem jeito, você não tem como tampar. Em área descoberta, não tem como! [E3] - Psoríase.

No excerto acima (também trazido nesta tese como excerto 4), agora analisado sob uma outra ótica, sob a perspectiva do estereótipo, verificamos, na fala de [E3], as tensões desagradáveis que permeiam seu contato nas relações com estranhos, desconhecedores do processo patológico envolvido na apresentação da marca, como o exemplo citado do ambiente de trabalho, diante da expressa reação que manifesta o temor da possibilidade de contágio, "falta muita informação das pessoas, as pessoas não sabem o que é psoríase e a primeira pergunta que me fazem: "Pega? Que que é isso? [...] Então, assim, as pessoas não sabem [...] Aí eu tenho que falar, fique tranquilo, ela não pega", ao mesmo tempo em que também podemos observar a aparente normalidade e equilíbrio nas relações com as pessoas do seu convívio íntimo, como os familiares e os colegas de trabalho mais próximos. Nesse caso, há um jogo entre o contato afetivo que aproxima e os estereótipos acerca das marcas na/da pele, os quais fazem com que as pessoas que não conhecem a entrevistada manifestem reações de estranhamento e, até mesmo, de medo e de repulsa. Ainda a esse respeito, vejamos a seguinte citação:

> Lo próprio de la estereotipia es ser grosera, brutal, rígida, y basarse en una espécie de esencialismo simplista en el que la generalización apunta a la vez: a la extensión – con la atribuición de los mismos rasgos a todos los seres ou objetos designables por una misma palavra [...] - y a la compresión – com la simplificación extrema de los rasgos expresables mediante palavras (MAISONNEUVE, 1989, p. 141 *apud* AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 55).

Em conformidade com o que encontramos nas entrevistas, concordamos com Maisonneuve, citado por Amossy e Pierrot, quando ele afirma que as manifestações de estereotipia frequentemente são empregadas de forma genérica e reducionista ao caracterizar a todos, sem distinção, sob um mesmo critério de categorização, de forma intensa e rígida.

Nesse sentido, mais do que uma marca da representação social, o estereótipo se configura, assim, como um processo que envolve inicialmente uma perspectiva pejorativa,

dirigida aos membros do grupo em foco, a qual foge aos domínios da racionalidade, sendo-lhe assim negados os aspectos construtivos do esquema da cognição, conforme assinalado em Amossy e Pierrot:

> La vinculación des estereotipo com el prejuicio se convirtió em uma regla em las ciências sociales que llegan a veces a confundir las dos nociones. Así, el *Lexique des sciences sociales* (1983) indica em el punto 'estereotipo': 'Prejuicio es más común, pero más peyorativo, y cargado afectivamente' (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 38).

De acordo com o que verificamos nas entrevistas, podemos ainda acrescentar que o processo retrospectivo relacionado às experiências vivenciadas no passado, distante ou recente, tem uma função organizadora para a elaboração ou manutenção dos recursos adotados no enfrentamento das dificuldades de outrora, pelos sujeitos "diferentes". Desse modo, as experiências negativas reconfiguradas no passado, permitem que as experiências presentes possam também ser suportadas. O sentido de autopreservação social organiza as experiências, válidas para a superação de momentos de tensão, adquiridas, elaboradas e armazenadas na memória. Trata-se, portanto, de operações mentais próprias de todo sujeito que vive em sociedade, aqui sendo empregadas, pelo sujeito estereotipado, para a elaboração de estratégias de "sobrevivência" social.

Como vimos, a imagem corporal engloba todas as formas pelas quais o sujeito sente, vivencia, percebe e define seu próprio corpo, ao mesmo tempo em que, é por intermédio de seu corpo, num complexo processo que envolve aspectos cognitivos, emocionais e sociais, que o sujeito concebe o mundo e define o seu modo de nele inserir-se.

Nesse processo de estereotipização, no que diz respeito às marcas na/da pele aqui estudadas, além de fatores como o medo do contágio, o aspecto das marcas, a condição social do sujeito marcado, etc., entra em jogo também a relação socialmente estabelecida entre o normal e o patológico. Trata-se das avaliações sociais acerca das concepções de grau de normalidade e/ou de anormalidade que circulam nos meios sociais sobre uma determinada marca, o que contribui para que ela seja vista como uma "manchinha", como ocorreu no caso de [E8], ou como uma doença grave e contagiosa, como no caso de [E3].

Tendo em vista as concepções que, de modo geral, circulam sobre o que é considerado um padrão de normalidade, de perceber-se integrante de um universo composto por seres normais/anormais, as preocupações de [E12], expressas no excerto 41, se apresentam de forma confusa, porém não menos esclarecedoras em seu propósito, e se estendem até um provável momento futuro, quando suas marcas cutâneas poderão, talvez, de alguma forma, vir

a alcançar a vida de seu filho (agora com aproximadamente 3 anos de idade) e interferir nas suas próprias relações futuras com seus colegas de escola, como podemos observar, a seguir:

> **Excerto 41**
> Mas, assim, o vitiligo é, assim, só quem tem que sabe, porque quando a gente vê, a gente viu ali, acabou, passou, mas assim, é muito triste, assim, hoje eu ainda fico pensando assim, **porque eu acho que meu filho acho que vai enfrentar preconceitos por causa da mãe dele ter, porque é coisa que na escola, quando os coleguinhas dele ver, os coleguinhas dele vai mexer com ele, vai falar com ele que a mãe dele tem isso, que querendo ou não a criança, é chato, porque assim eu vejo, criança sempre fica assim me olhando, porque eles não entendem, entendeu, eles não sabem, não é?** Eles, assim, às vezes eles perguntam pros pais, nem os pais às vezes sabem **explicar pras crianças o que é, nem os pais também sabem, né, prá poder...** Nem falar, eu não sei, assim, chegar perto, né? **Às vezes, até as crianças, mesmo, tem esse tipo de preconceito**, eu vejo que os meus sobrinhos são maiorzinhos, assim, em torno de cinco anos, eles já chegam me perguntando "o que que é isso, tia? " Aí eu falo, só que assim, é difícil prá eles poder entender, né, mas eu falo que é só, eu falo assim, **eu falo o nome da doença, que é vitiligo, mas é só, é, só não tem a cor da pele, só, que vai tirando, eu explico da maneira mais simples que é prá poder entender, mas que não é transmissível, porque pode ficar tranquilo que não pega, não![**E12] (grifo nosso - Vitiligo).

A partir da análise da fala de [E12], acima destacada, questionamos até que ponto seria válido considerarmos a possibilidade de que a manutenção dos estereótipos venha a transcender o sujeito estereotipado e, por conta de sua própria reconhecida capacidade de mediar a experiência do encontro, nas relações interpessoais, vir a atingir também aqueles "não marcados" que compõem o universo afetivo próximo do sujeito estereotipado. Como vimos em sua fala, tal possibilidade atravessa os pensamentos de [E12] e, nessa perspectiva, ela elabora estratégias de proteção ao seu filho, o qual, segundo as impressões construídas por ela, a partir de suas próprias vivências será provavelmente também atingido pelo estereótipo a ela imposto, num futuro ainda indefinido, mas, certo. Conforme o que diz, sua estratégia, verificamos, se baseia no cuidadoso esclarecimento para as crianças sobre a inocuidade de sua distinta condição. Assim, é possível inferir que, na concepção de [E12], a solução para o fim dos estereótipos repousa no cuidado que a sociedade teve adotar para com os modos e os discursos dirigidos às crianças, nas abordagens sobre o "diferente". Nesse sentido, podemos ainda ponderar que, em sua compreensão, ela considera que, se for possível erradicar os estereótipos entre as crianças, também o será entre os adultos e, por extensão, na sociedade.

Encontramos esse mesmo temor de [E12], em relação à manifestação de alguma marca na pele de seus filhos, nas falas de [E6] e de [E8], como mostramos nos excertos a seguir:

> **Excerto 42**
> Aí, depois da minha primeira gravidez foi que eu comecei a me perguntar, questionar, porque, né? Eu me preocupava se nasceria nos meus filhos, se os meus filhos iriam ter, né, aquela mancha! E se aquilo ia fazer mal, se era uma coisa que poderia trazer algum mal, pra ele, né, era o meu primeiro filho... tudo que envolve uma gravidez e tudo o mais! No período da gravidez eu pensava, sim! [E6] – Nevo melanocítico gigante.

> **Excerto 43**
> Assim, eu tinha medo que os meus filhos tivessem uma manchinha, mas num lugar errado, que expusesse muito, que levasse, não sei, ao ridículo, enfim, eu tinha medo, mas graças a Deus meus filhos não saíram, saíram com pintinhas, como eu tenho muitas, mas em lugares charmosos. Meu pai tinha uma manchinha cabeluda aqui no músculo do braço, só que ela não tinha cor, era só peludinha, aí disseram que eu tinha por causa do meu pai, né? Aí, eu ficava com medo de meus filhos terem também, mas eu ficava com medo de ser no rosto, num lugar assim que, ou grande demais, que a gente vê tanta gente com aquela manchinha tomando o braço, eu já vi gente com o braço todo com aquela mancha escura, né, então eu tinha medo disso, mas me tranquilizei quando eu vi que meus filhos não tiveram, né, essa questão. [E8] - Nevo melanocítico gigante.

Mais uma vez, observamos nas falas acima destacadas (Excertos 42 e 43) aqueles mesmos temores relativos à possibilidade de apresentação de suas marcas cutâneas também na pele de seus filhos, já relatados por [E12], o que, nesse caso, se daria, segundo o que disseram as entrevistadas, por via dos mecanismos da hereditariedade genética.

Diante desse cenário, concordamos com Brunelli, quando argumenta:

> Podemos dizer que a circulação dos estereótipos precisa mesmo ser bem observada, já que, quanto mais um estereótipo circula, mais fica disseminado, o que fortalece seu potencial para gerar efeitos na população [...] E, quanto mais populares, maiores podem ser os seus efeitos (já que, nessas condições, aumentam as chances de serem ativados na memória de curto prazo, o que pode afetar o comportamento individual). Nesse sentido, podemos dizer que a circulação dos estereótipos tem efeitos para além dos discursos que os veiculam (BRUNELLI, 2016, p. 34 e 39).

Perceber-se diferente com base na presença de algo que visivelmente destoa em sua corporalidade, como por exemplo, alguma espécie de “marca”, como as que aqui analisamos, pode levar o sujeito a questionar até que ponto e em que dimensão seu corpo “diferente”, que se destaca e que, assim, foge ao padrão que comumente é visto e aceito na sociedade, se distancia dos limites que separam aquilo que é considerado normal daquilo que se considera como manifestação de anormalidade.

3.2 PELE “NORMAL” *VS* PELE “ANORMAL”

Em relação às compreensões sobre aspectos de “normalidade” referentes ao que se apresenta na pele, Courtine nos alerta para o fato de que as novas concepções da contemporaneidade sobre os limites entre o normal e o anormal produzem efeitos significativos no campo da ordem do olhar lançado sobre o corpo:

> No domínio das interações sociais, as quais estão cada vez mais marcadas pelo esforço de uma desatenção intencional, calculada, mediada pelas formas de uma *não-atenção-polida*, a qual, discreta, visa reduzir os olhares e o peso dos modos de observação do corpo de outrem (COURTINE, 2009, p. 334).

A respeito dessa relação entre normal e patológico, recorremos à tese defendida por Canguilhem[39], o qual mostra que, no que se refere àquilo que é considerado normal e ao que é considerado patológico, estamos diante de dois fenômenos qualitativamente diferentes e opostos que implicam forças em luta constante. Os argumentos do autor contrariam a episteme da época, a qual considerava que os fenômenos patológicos seriam apenas simples variações quantitativas dos fenômenos normais, numa abordagem puramente positivista, fundamentada conceitualmente por Auguste Comte nas ideias de Broussais, na medicina de seu tempo (CANGUILHEM, 2009, p. 12-17).

Para Canguilhem, a condição do estado patológico não pode ser compreendida apartada da condição de saúde, uma vez que considera que o primeiro é uma nova dimensão da vida, uma estrutura individual modificada e, ainda, que as múltiplas e diversas reações patológicas jamais se manifestam no indivíduo normal da mesma forma e nas mesmas condições, pois a condição patológica demanda uma nova interação com um novo ambiente, mais reduzido, uma vez que o doente já não consegue mais atender às exigências do ambiente normal anterior, a não ser modificando-o definitivamente. O autor mostra ainda que a continuidade dos estágios intermediários entre o normal e o patológico não anula a diversidade dos extremos, de modo que estes estágios são contínuos, mas não homogêneos (CANGUILHEM, 2009, p. 36).

Assim, um comportamento de um organismo pode estar em continuidade com os comportamentos anteriores e ser, ao mesmo tempo, um comportamento novo, diferente.

Adotando uma perspectiva de cuidadosa compreensão qualitativa do binômio normal/patológico, Canguilhem argumenta que a ausência de normalidade não constitui o

[39] Georges Canguilhem (1904-1995), filósofo e médico francês, publicou, em 1943, sua tese de doutorado em medicina: “Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico”.

anormal, isto é, para ele o patológico também seria normal, pois a experiência do ser vivo definitivamente inclui a doença. Em sua argumentação, ele defende que o patológico também se constitui em uma forma de apresentação do viver, pois, segundo ele, não há vida sem normas de vida (CANGUILHEM, 2009, p. 44). Considera, ainda, que o *status* fisiológico se apresenta como um estado mais relacionado ao são que o *status* normal, já que todo estado vital é normal, enquanto que o estado normal patológico é diferente do estado normal fisiológico (CANGUILHEM, 2009, p. 76). Conforme sua argumentação, o atributo que distingue o estado de saúde do estado patológico é a possibilidade de eventuais modificações, pois tal possibilidade encontra-se presente na saúde e ausente no estado patológico, condição essa que confere à doença um caráter conservador (CANGUILHEM, 2009, p. 76).

No *corpus* da nossa pesquisa, encontramos, por mais de uma vez, manifestações veementes acerca da insatisfação com a alteração na aparência original (primeira), mesmo quando tal alteração decorre de intervenções cirúrgicas de motivação estética, como ocorre no caso de [E9]:

> **Excerto 44**
> É pior que a anterior, né? Porque fica um sentimento de fracasso por ter feito a cirurgia e não ter dado certo, por ter adquirido uma nova cicatriz e um novo problema, que agora eu não sei conviver com ele, o meu anterior eu até convivia, entendia, e esse não! [E9] – Cicatriz – cirurgia plástica.

E também quando a alteração decorre de uma ação médica para recomposição da saúde, como é o caso de [E7]:

> **Excerto 45**
> Essas são duas coisas que balança, né? Eu tirei uma vesícula que me incomodava sim, na saúde mesmo! Doía, você não podia comer, mas aí vem assim, você se livrou de um problema de saúde, graças a Deus, mas ficou essa marca! Que aqui eu acho que eu não posso tirar, entendeu? Aí, claro, a gente vai pensar, ah! Foi problema de saúde, você tá bem, graças a Deus, mas poxa! Por que ela ficou assim? Não poderia fazer, tirar essa vesícula e ela também não aparecer essa queloide? Que aqui eu acho que vou levar para o resto da vida! [E7] – Cicatriz – cirurgia emergência.

As entrevistas de [E9] e de [E7] mostram que, apesar das intervenções médicas, as entrevistadas se auto categorizam como pessoas marcadas, obrigadas ao convívio eterno com lesões cutâneas adquiridas, as quais as desagradam e, dessa forma, geram dissabores que repercutem nas suas relações consigo mesmas, com o outro e com o mundo circundante.

Nos dois casos, vemos que as marcas despertaram sentimentos de auto segregação, com repercussão na autoestima, os quais se manifestam nas atividades da vida social, agora limitada. Nesse sentido, segundo a tese defendida por Canguilhem (2009), essas duas entrevistadas podem ser consideradas como pessoas que vivenciam um estado normal patológico, mesmo tendo sido submetidas a intervenções médicas que, supostamente, teriam solucionado seus respectivos problemas.

Ainda no que diz respeito às marcas e sua relação com a estereotipia, verificamos que, ao ser questionada sobre suas percepções acerca das alterações cutâneas com as quais agora tinha que conviver e suas repercussões na vida familiar e social, uma das entrevistadas respondeu:

> **Excerto 46**
> Incomodou bastante! Principalmente porque coça muito e também por uma questão que não dá pra usar todo tipo de roupa, não dá pra onde eu quero ir, por exemplo, uma praia é complicado porque os "hematomas" aparecem, então, assim, complicou bastante a minha vida, em função disso [E3] – Psoríase;
> [...]
> É, eu deixei muito de ir quando era nova! Por exemplo, não ia pra um shopping, eu não ia pra, porque tava com o rosto manchado, não ia pra uma praia porque tava com o corpo manchado... [E3] - Psoríase.

Nos relatos de [E3], além do incômodo causado pela presença das próprias marcas em sua pele "manchada", que a impediam de "usar todo tipo de roupa", verificamos que havia também a dificuldade para lidar com o desconforto causado pelo prurido (coceira), que era intenso nas lesões, sendo difícil controlar-se e evitar o ato de coçar-se, em público, uma vez que a atitude de se coçar poderia contribuir para atrair mais atenção e olhares sobre sua condição.

Ainda no que diz respeito às dificuldades em lidar com as marcas, vejamos o que diz [E9]:

> **Excerto 47**
> É, teve uma interferência, né, porque eu tenho que ver qual a roupa, qual a que vai ficar boa prá mim sair, qual a roupa que eu vou conseguir me aceitar, ali, naquela maneira que eu estou, qual a roupa que vai mostrar menos, que vai denunciar, que não vai, então, essa expectativa fica, né? [E9] – Cicatriz – cirurgia plástica.

Também verificamos, em [E9], relatos que indicam as mesmas dificuldades referentes à escolha do vestuário mais eficaz para ocultar suas marcas, como vimos nas falas de [E3].

Entretanto, a fala de [E9] acrescenta, agora, a manifesta necessidade de auto aceitação, referida em primeiro plano em relação aos cuidados para ocultar as marcas e, assim, evitar o olhar do outro. Vejamos, abaixo, outros exemplos, também relacionados à imagem do outro em relação às suas marcas:

> **Excerto 48**
> É, eu não exponho muito, assim, né? Meu marido tem esperança (risos) de achar algum tratamento que realmente corrija, mas ele não me cobra muito, acho que devido a eu já ficar realmente incomodada, ele acaba não me cobrando muito isso, mas fala que uma hora vai resolver [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

> **Excerto 49**
> E me incomoda muito, assim, pra ter uma ideia, até do meu marido eu tenho vergonha! Por que eu me olho no espelho e vejo essa coisa preta e estufada!! [E7] – Cicatriz – cirurgia emergência.

Nos excertos acima, encontramos falas ligadas às opiniões dos companheiros acerca das marcas presentes na pele de [E1] e de [E7]. A entrevistada [E1] interpreta as considerações do seu marido como crença em alguma possibilidade de resolução satisfatória do quadro, "Meu marido tem esperança (risos) de achar algum tratamento que realmente corrija", ressaltando que o mesmo adota atitude de compreensão, quando "não cobra muito" e de solidariedade, ao tranquilizá-la afirmando que "uma hora vai resolver". Todas essas falas do marido mostram, contudo, que para ele as marcas são vistas como "um problema" que deve ser "resolvido", o que indica uma avaliação negativa, embora compreensiva, por parte do cônjuge, em relação às marcas. A fala da entrevistada [E7] expressa o sentimento de "vergonha" diante da exposição de sua marca ao olhar do marido, fazendo uma discreta sugestão de que, de certa forma, a presença da cicatriz em seu corpo pode estar causando alguma interferência nas suas relações com o mesmo. Vejamos, agora, mais uma "fala" de [E7]:

> **Excerto 50**
> E isso me incomoda muito! Isso me incomoda demais! Isso eu tô falando de verdade, me incomoda muito! Muito, muito! Se eu pudesse remover, eu removeria ela! Que me incomoda até com a minha filha, né, ela tem sete anos e às vezes me pergunta: "Mãe, o que é isso?" Ou então, qualquer lugar que eu vá, que eu tenho que suspender a blusa, a pessoa já pergunta: "Nossa! Fez cirurgia, cirurgia de quê?" Aí você vai num ginecologista, aí pergunta, aí você vai num clínico geral, aí pergunta, aí você vai fazer uma massagem, aí pergunta, entendeu? Então é uma coisa que tá aqui, colada aqui, mas que me incomoda, e eu acho muito feio, muito feio, muito feio! Não gosto de jeito nenhum, de jeito nenhum![E7] – Cicatriz – cirurgia emergência.

Além dos transtornos causados em suas relações com o marido, [E7] ainda destaca que a citada sensação de “incômodo” também se manifesta por ocasião da visualização de sua cicatriz por sua filha de sete anos, além de outras pessoas, fora do seu convívio familiar, bem como durante consultas médicas e outros tratamentos estéticos.

Todas as falas anteriores nos mostram de que forma as alterações cutâneas adquiridas interferem nas relações familiares e sociais, no comportamento individual, no despertar de sentimentos negativos, na medida em que o relato das entrevistadas indica que, na tentativa de esconder sua condição do olhar alheio e, portanto, dos julgamentos que possivelmente daí advirão, elas se impõem, a si mesmas, comportamentos de auto exclusão, de auto segregação, dentre outros, além de severas e importantes limitações nas opções de vestuários e das atividades de lazer das quais se permitem participar. Nesse sentido, diante da realidade do convívio com um corpo agora estranho, agora marcado, tão diferente daquele corpo que fora um dia, verificamos que as marcas na pele produzem um efeito de auto estereotipia, pois, os próprios sujeitos que possuem as marcas passam a se recategorizar devido, justamente, às suas marcas.

O que verificamos, então, é que, uma vez estabelecido, o processo de auto recategorização bloqueia o acesso dos sujeitos “marcados” a muitos dos elementos essenciais, imprescindíveis, para o estabelecimento e a manutenção de sua inserção sociocultural e, ademais, ainda os excluem das possibilidades de vivências de autorrespeito e dignidade de que outros sujeitos, os “não-marcados”, podem desfrutar.

Ademais, retomando Canguilhem, em suas considerações sobre o normal e o patológico:

> Para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida. Mas o preço dessa normalidade é a renúncia a qualquer normatividade eventual. O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo. O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (CANGUILHEM, 2009, p. 65).

Nesse ponto, ressaltamos que, segundo Canguilhem, devemos compreender uma anomalia como uma variação biológica, em relação a uma média. Caso essa anomalia seja considerada negativamente, ou seja, caso ela restrinja, de alguma forma, a capacidade funcional do organismo, será então considerada patológica. Do contrário, será então ignorada ou concebida como uma variedade do corpo. Em tal contexto, "o que define a anormalidade como variação ou como patologia é a reação particular que aquele organismo estabelece com seu meio e sua experiência de sofrimento normalidade" (ORTEGA, 2010, p.85).

As considerações de Canguilhem apontam para o fato de que o corpo e seus processos de saúde e doença pertencem a um registro que ultrapassa os aspectos puramente morfo-funcionais e estabelecem, assim, "uma construção mútua e indissociável das regras fisiológicas e normas sociais, numa dimensão sociocultural de sentidos partilhados" (ORTEGA, 2010, p. 85).

Assim, os sujeitos portadores de alguma marca, por apresentarem características diferentes, consideram-se como mais ou menos aptos a ter uma vida social e se apresentam também como pessoas que estão mais expostas ao olhar do outro; a esse olhar que percorre o diferente que neles se apresenta - ao olhar voltado para aquilo que neles destoa da normalidade, o qual, nessa condição, vai mais além e, assim, esse olhar do outro é, na verdade, sempre permeado pelo olhar do próprio sujeito que tem a marca, e é ele mesmo, o sujeito marcado, enfim, que sente "vergonha", que se sente "incomodado", "constrangido", "feio" etc., em sua condição assim destacada.

3.3 OS ESTEREÓTIPOS E OS AFETOS

A importância fundamental do sentimento foi bem analisada por Heidegger, o qual, ao referir-se aos aspectos emocionais relativos à ocupação cotidiana do homem como situação afetiva, considera o sentimento como algo arraigado à substância humana, ou seja, compondo a estrutura ontológica da existência do homem. Para ele, citado por Abbagnano, tais aspectos se impõem como uma manifestação essencial do ser do homem no mundo (ABBAGNANO, 2003, p. 878). Sua análise concorda com os fundamentos da psicologia contemporânea, que confirma a posição do sentimento como capacidade de apreender o valor que um fato ou uma situação apresenta para o ser (animal ou homem) que deve enfrentá-la (ABBAGNANO, 2003, p. 878). Ainda segundo Abbagnano:

> A psicologia contemporânea admite a função dos sentimentos no funcionamento vital do organismo, e considera-os anúncios de situações presentes ou futuras, o que permite enfrentar tais situações da mesma maneira como um dispositivo de alarme põe em movimento os meios de enfrentar um perigo (ABBAGNANO, 2003, p. 878).

Afetos positivos e negativos constituem a dimensão emocional do Bem-Estar Subjetivo (BES), uma área da psicologia que tem crescido ultimamente, um tema bastante estudado pela Psicologia Positiva. Essa área abrange estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo, além de também ser considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Refere-se ao que as pessoas pensam e como elas se sentem sobre suas vidas. De acordo com Giacomoni:

> De forma ampla, pode-se dizer que o tema foca como as pessoas avaliam suas vidas (Diener, 1996). Mais especificamente, este construto diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente. Também é considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida (GIACOMONI, 2004, p. 47).

Ainda segundo Giacomoni, a forma mais tradicional de mensuração do bem-estar subjetivo são as medidas de auto-relato que fazem uso de exemplificações de experiências de felicidade (GIACOMONI, 2004, p. 47).

Perspectivas atuais definem o bem-estar subjetivo como uma ampla categoria de fenômenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida.

O bem-estar subjetivo é uma atitude e como tal possui pelo menos dois componentes básicos: cognição e afeto (OSTROM, 1969 *apud* GIACOMONI, 2004, p. 44). O componente cognitivo refere-se aos aspectos racionais e intelectuais, enquanto o componente afetivo envolve os componentes emocionais. Ademais, além dessa distinção, que auxilia o entendimento e a medida, o componente afetivo pode ser dividido em afeto positivo e negativo (GIACOMONI, 2004, p. 44).

Nesse contexto, é válido suscitar algumas considerações sobre como o afeto pode ser responsabilizado por variada gama de interpretações (in)adequadas dos eventos que envolvem os processos da vida social, em todos os possíveis cenários em que ela se desenrola, sendo o resultado desta avaliação fator preponderante na adoção de determinados comportamentos e atitudes, os quais serão acionados pelo sujeito, quando do enfrentamento desses eventos.

Assim, verificamos que o papel dos afetos se mostra, com força e importância, sendo determinante na provisão de recursos internos para elaboração de estratégias de adaptação às

incertezas que permeiam as relações humanas, na complexidade do mundo, independentemente das determinantes de tempo e de espaço, conferindo ao sujeito "marcado", ao mesmo tempo, flexibilidade e velocidade de reação, indispensáveis para acompanhar os constantes e variados ajustes que o meio, porventura, venha a lhe exigir.

Além dos fatores cognitivos, muitos autores sugerem que, no que se refere aos estereótipos, um fator a ser considerado em tais circunstâncias é o estado afetivo das pessoas. Alguns sustentam que a influência dos estados afetivos na ativação dos estereótipos manifesta-se tanto na acessibilidade às informações presentes na memória, quanto na acessibilidade às categorias interpretativas que dão uma tonalidade particular aos significados relacionados ao objeto (ESSES; ZANA *apud* PEREIRA, 2002, p. 119).

Andrews e Withey (1976 *apud* GIACOMONI, 2004, p. 44) estruturaram, como componentes do bem-estar subjetivo, o julgamento de satisfação de vida e o afeto positivo e negativo. Os afetos podem ser divididos em emoções específicas, tais como: determinação, inspiração e dinamismo (afeto positivo); e culpa, vergonha e tensão (afeto negativo). A esse respeito, vejamos o seguinte trecho de uma das entrevistas:

> **Excerto 51**
> Tem hora que eu sinto, né, mas eu falo que não pode nem ter vergonha mais porque não tem jeito, né? É sim, porque a gente fica meio envergonhada, né? Eu fico triste, né, quando eu vejo meu pé desse jeito, fico triste quando "óio assim esses cascão no pé, é ruim". [E2] – Psoríase.

No excerto acima, [E2] relata que reage com sentimentos de vergonha e de tristeza diante das situações em que suas lesões cutâneas estão ao alcance do olhar alheio, evidenciando a manifestação involuntária de um sentimento negativo, relacionado a um tipo específico de afeto (negativo), despertado frente aos inevitáveis eventos cotidianos, como por exemplo, ir à feira ou à igreja.

Uma de nossas entrevistadas se refere ao convívio com amigos e namorados, na adolescência, de forma positiva, destacando que a sua "mancha" (nevo gigante congênito localizado na região do colo), que no período da infância tanto a incomodava, agora a tornava popular. Vejamos, então, o referido trecho:

> **Excerto 52**
> De lá pra cá ela, assim, já na minha adolescência, assim, depois dos 16, 17 anos, ela já era um charme, né! Já era bonitinho! Eu já não era a manchinha, eu era a diferente! Aquela, Ah, aquela menina da mancha! A referência pra mim era essa, aquela menina da mancha! [E6] – Nevo gigante.

A emoção positiva relatada por [E6] indica uma situação considerada por ela como prazerosa, pois, na época da adolescência, o fato de apresentar uma mancha a distinguia das demais colegas, a mancha a tornava "uma pessoa diferente". Possuir algo diferente a tornava popular, mesmo sabendo-se alvo da curiosidade dos colegas, o sentimento positivo vivenciado de forma intensa por [E6], ainda que de curta duração, exercia uma profunda influência no despertar da emoção reconhecidamente favorável a ela mesma, como podemos ver a seguir:

> **Excerto 53**
> Aí já era lindo! Já era lindo! Porque na verdade, lá quando eu era criança, parecia que os outros colegas, eles tinham medo daquilo, né?
> E o fator de ter a mancha, eles vinham com curiosidade, pra saber o que era, assim porque naquela época se pensava que se era tatuagem, então eu era muito moderninha (risos). Mas não, aí eu esclarecia que não era tatuagem, eu dizia: é uma mancha de nascença, eu nasci com ela! [E6] – Nevo gigante.

Paradoxalmente, em um outro momento da entrevista, a mesma entrevistada refere-se aos aspectos negativos, vivenciados na infância, que se materializaram a partir das manifestações de outrem, especificamente "algumas tias", em relação à sua "manchinha":

> **Excerto 54**
> Então, naquela época, algumas tias, né, tinham o desagradável hábito de dizer que eu era marcada por coisa ruim! Nisso aí, sim! Era, sim! Aí eu sofria! Nessa época eu sofria! Porque além de você ter um... eu tinha uma mancha que eu não sabia o que era, né? Isso eu tinha, acho que eu sofri com isso assim, entre os 10 e os 14 anos, mais ou menos... [E6] – Nevo gigante.

Verificamos que a experiência de vivenciar emoções desagradáveis, que emergiam a partir das expressões assustadoras que partiam das reações de familiares diante de sua "manchinha", está relacionada com a sensação de sofrimento, não apenas pelas falas em si, mas também pelo fato de o próprio sujeito marcado desconhecer a natureza de sua lesão, "eu não sabia o que era, né?". É nesse sentido que Amossy e Pierrot afirmam que o estereótipo pode modificar/moldar tanto a visão do outro quanto os sentidos e também a memória, como podemos constatar na seguinte citação:

> De este modo, el estereotipo puede determinar la visión del outro hasta el punto de moldear el testimonio del sentidos y de la memoria, produciendo efectos flagrantes de percepción seletiva (AMOSSY; PIERROT, 2005, p. 43).

Como vimos, as emoções também contribuem para a mudança no foco da atenção e, dessa forma, podem alterar redes de associação da memória, ora evocando sentimentos de alegria e de autoafirmação, ora despertando recordações repletas de sentimentos negativos. Cada sensação, sendo ela a última ou a primeira, torna-se única em sua espécie e proporciona, ao sujeito que sente, um aprendizado único e definitivo, apreendido às custas da(s) experiência(s) vivida(s), o qual sobreviverá e se manifestará em novas possíveis solicitações futuras. Esses fenômenos, observados em nossas análises, corroboram as palavras de Giacomoni:

> Os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações estressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjetivo. O processo de adaptação pressupõe um ajuste do organismo às situações (GIACOMONI, 2004, p. 46).

Nesse contexto, assinalamos de que forma alguns aspectos relativos às emoções, observados nas análises das falas, podem operar no universo cognitivo e afetivo dos sujeitos estereotipados, conforme mostra o seguinte excerto:

> **Excerto 55**
> Querendo ou não, eu ainda não sou bem resolvida com o vitiligo, eu ainda não sou, eu tenho dificuldade de falar sobre o vitiligo, quando alguém me pergunta eu ainda tenho dificuldade pra responder sobre o que é o vitiligo (inicia o choro), eu ainda tenho dificuldade de responder qual que é o meu sentimento sobre o vitiligo, porque se eu pudesse escolher, eu não teria o vitiligo, mas eu tenho (choro mais intenso, soluços) [E12] - Vitiligo

Em relação à fala de [E12], as incertezas quanto à sua compreensão e sentimentos acerca da condição que a acompanha, elaborados no percurso de suas vivências, não anulam os sentimentos de tristeza e de dor que se materializam, dentre outras formas, também nos episódios de choro que entremeiam certos momentos de sua fala, conforme podemos no excerto acima destacado.

3.4 OS ESTEREÓTIPOS E A AUTO CATEGORIZAÇÃO

Destacamos, ainda, que os estereótipos se impõem na vida social dos sujeitos, trazendo uma concretude com a qual é difícil lidar, particularmente na forma como influenciam na evocação da informação armazenada na memória e na maneira pela qual esta

irá interferir no julgamento e no comportamento a ser adotado em relação aos membros do grupo estereotipado.

> **Excerto 56**
> E aí quando eu ia à escola, de camiseta, as pessoas começaram a me chamar de manchinha, né? Aí pra mim já não era uma coisa boa, não era muito agradável! [E6] – Nevo gigante.
> Eu era muito tímida, muito retraída, assim, então, aquilo me incomodava! Eu passei um bom tempo sem colocar camisetas! Só ia de blusa de manga, e fechada, né, procurava evitar que vissem, até porque perguntavam o que era, se foi queimadura, o que era e eu não sabia explicar, né? [E6] – Nevo gigante.

As palavras de [E6] indicam a presença de sentimentos desagradáveis, os quais a acompanhavam nos momentos de exposição involuntária de sua "manchinha", na escola. Tais sentimentos eram despertados pelas reações de seus colegas, diante da visualização da lesão em sua pele. Tal relato corrobora a conclusão que nos apresenta Pereira, quando afirma que:

> [...] no caso dos atributos físicos, é importante assinalar a aparência física do alvo dos estereótipos, seja esta percebida de imediato na situação ou recuperada através da memória. [...] sobretudo se o alvo chama a atenção em função das diferenças que ostenta em relação aos membros do grupo de quem está julgando ou se é similar aos membros deste grupo (PEREIRA, 2002, p. 178).

Ainda nas palavras de Pereira (2002, p.117), sabe-se que a atenção exerce um papel decisivo no manuseio das informações presentes no ambiente, de forma que parece inegável referi-la quando se considera as tentativas de predizer e controlar os eventos ambientais. Segundo ele, dentre os fatores que dirigem a atenção, poderiam ser destacados aqueles que estão diretamente relacionados ao contexto (movimentos bruscos, trajes e comportamentos idiossincráticos) e aqueles que se vinculam diretamente aos fatores internos ao organismo que processa a informação (necessidades, nível de ativação, expectativas etc.). A atenção desempenha um papel não negligenciável nas situações sociais, pois, além de permitir o estabelecimento de inferências sobre os comportamentos de pessoas ou grupos, ela permite codificar e armazenar, na memória cognitiva, as informações relacionadas à situação em que os contatos ocorreram (PEREIRA, 2002, p. 117). É o que vemos no excerto abaixo:

> **Excerto 57**
> Porque na verdade, lá quando eu era criança, parecia que os outros colegas, eles tinha medo daquilo, né? Era uma escola pública, assim, pouca informação, né? Então os meninos já olhavam assim, meio com medinho!

> Era assim, “porque será que essa menina é assim? Por que essa mancha? Então eu preferi me resguardar, fechar, esconder, aí ninguém pergunta nada! [E6] – Nevo gigante.

A situação acima, relatada por uma das entrevistadas, mostra como a percepção das reações de medo manifestadas pelos colegas, na escola, então observadas por ela, a levou a proteger-se, encobrindo a lesão, a fim de preservar não apenas a si mesma, mas também aos colegas, os quais, assim como ela, desconheciam a natureza da referida lesão. O desconforto vivenciado diante das reações de certo temor dos colegas (do outro), diante da visualização de sua marca na pele, estava, portanto, vinculado à assustadora experiência de ter a mancha.

Neste capítulo, vimos, portanto, algumas das mais diversas e distintas manifestações que se desencadeiam a partir da experiência visual do outro diante da aparência de lesões cutâneas visíveis, de difícil camuflagem.

Vimos, ainda, que a inevitável exposição das alterações cutâneas também desperta, no sujeito alvo de tais atenções, desagradáveis sentimentos, comparáveis àqueles proporcionados por outros quadros de intensa dor física, conforme relato de alguns pacientes, durante a consulta dermatológica, com a diferença de que os primeiros, segundo eles, “doem mais na alma”.

Nesse contexto, pudemos também constatar, a partir das análises das falas, dentre outros aspectos, que os estereótipos podem, eventualmente, de certa forma, alcançar também aqueles que participam do convívio mais próximo do sujeito estereotipado, compondo o seu universo afetivo.

Talvez tenhamos aí o registro, arriscamos afirmar, de mais uma fonte de preocupações e de sofrimento para o sujeito estereotipado, na medida em que ele percebe que a discriminação a ele dirigida pode atingir também os seus entes queridos, mesmo que estes não apresentem características corporais marcantes que os distingam dos demais, nos grupos sociais aos quais pertencem.

No próximo capítulo, apresentaremos algumas análises acerca de aspectos relativos à pele, como elemento constituinte do corpo, e suas interações com o inconsciente.

4 PELE E O INCONSCIENTE

Neste capítulo, apresentamos algumas análises acerca de aspectos relativos à pele, na qualidade de elemento constituinte do corpo, e suas interações com o inconsciente. Para tanto, buscamos suporte nas considerações apresentadas, primordialmente por Sigmund Freud e, posteriormente, faremos análise de algumas falas com base naquilo que nos apresenta Joel Birman acerca do sujeito na contemporaneidade.

Ao apresentar suas teorias sobre o inconsciente, Freud, considerado o pai da psicanálise, revolucionou os paradigmas hegemônicos da sua época sobre os estudos da mente. Baseado em sua experiência clínica, a partir de seus conceitos de inconsciente, desejo inconsciente e repressão, ele afirmou que a mente humana possui divisões em camadas ou níveis, onde se ocultam vontades primitivas, acobertadas por ação da consciência ativa, que, por vezes, se manifestam nos lapsos e nos sonhos. Em seus estudos, Freud defende que as pessoas experimentam repetidamente pensamentos e sentimentos intensamente dolorosos, insuportáveis. Tais pensamentos e sentimentos (assim como as recordações associadas a eles) não podem ser expulsos da mente, mas, em contrapartida, são expulsos do consciente para constituir parte do inconsciente, onde se escondem.

> A correspondência entre os fenômenos da censura e da distorção onírica, que chega até os detalhes, nos autoriza a presumir condições semelhantes para ambos. Podemos, assim, supor que os autores da formação onírica são duas forças psíquicas (correntes, sistemas) no indivíduo, das quais uma delas dá forma ao desejo expresso pelo sonho, enquanto que a outra exerce uma censura sobre esse desejo onírico, obrigando por meio dessa censura a uma distorção de sua expressão. Cabe perguntar no que consiste a autoridade dessa segunda instância graças a qual ela pode exercer sua censura. Se nos recordarmos que os pensamentos oníricos latentes não são conscientes antes da análise, mas que o conteúdo onírico manifesto que deles deriva é recordado de maneira consciente, não é difícil supor que a prerrogativa da segunda instância consista precisamente em permitir o acesso à consciência. Nada que se origine no primeiro sistema poderia chegar à consciência sem passar pela segunda instância, e esta nada deixaria passar sem exercer seus direitos e impor aos candidatos à consciência as modificações que lhe parecessem adequadas. Com isso revelamos uma concepção bem precisa da "essência" da consciência; o tornar-se consciente é para nós um ato psíquico particular, distinto e independente do processo de composição ou de representação, e a consciência nos parece um órgão sensorial que percebe um conteúdo que existe em outro lugar (FREUD, 2013, p. 165).

Para Freud, apenas uma pequena fração das nossas memórias encontra-se ativada, demarcando os limites da nossa consciência. Todas as demais frações estão em estado latente,

ou seja, escondidas, e constituem, de fato, a maior parte da mente humana. Em uma inicial abordagem da divisão topográfica da mente, sua teoria aponta três distintos níveis de consciência. Nessa perspectiva, o consciente corresponde à capacidade de percepção dos sentimentos, pensamentos, recordações e fantasias do momento; o pré-consciente está relacionado aos conteúdos que facilmente podem aflorar ao nível consciente; e, por fim, o inconsciente, o qual se relaciona a todo o material não disponível à consciência ou ao arbítrio da pessoa, aquilo que escapa ao nosso controle e, assim, constitui-se num verdadeiro reservatório de lembranças traumáticas reprimidas e também de impulsos que são fonte de ansiedade, por serem considerados social ou eticamente inaceitáveis. Essa divisão do aparelho psíquico ficou conhecida na teoria psicanalítica como primeira tópica, pois se trata da primeira tentativa freudiana de descrever quais seriam, por assim dizer, os distintos topos do psiquismo.

Com a continuidade de seus estudos e investigações clínicas, a partir da interpretação dos sonhos, Freud observou que o modelo topográfico proposto na primeira tópica, inspirado na análise do sonho e da histeria, não conseguia explicar muitos fenômenos psíquicos observados, em especial os problemas manifestados na psicose. Assim, diante de tal insatisfação, ele elabora uma nova concepção do aparelho psíquico, conhecida como a segunda tópica.

Nessa nova concepção, Freud considerou a possibilidade de haver uma resistência do ego agindo no bloqueio ao acesso das representações mentais recalcadas e/ou de seus substitutos. Subordinado à ação dessa força de resistência, o próprio sujeito não teria consciência de que poderia empregar tal resistência. Assim, embora fosse uma função do ego, a resistência não seria um fenômeno consciente, concluindo Freud, então, que o ego não é total e exclusivamente consciente e que, além da sua parte consciente, apresenta também uma parte inconsciente, responsável pelos seus mecanismos de defesa, dentre eles o recalque e resistência. Do mesmo modo que as representações recalcadas, as resistências exigiriam um certo esforço de elaboração para que fossem tornadas conscientes.

> Basta dizer que, neste ponto, a teoria psicanalítica intervém e assevera que a razão pela qual tais idéias não podem tornar-se conscientes é que uma certa força se lhes opõe; que, de outra maneira, se tornariam conscientes, e que seria então aparente quão pouco elas diferem de outros elementos que são admitidamente psíquicos. O fato de se ter encontrado, na técnica da psicanálise, um meio pelo qual a força opositora pode ser removida e as idéias em questão tornadas conscientes, torna irrefutável essa teoria. O estado em que as idéias existiam antes de se tornarem conscientes é chamado por nós de repressão, e asseveramos que a força que instituiu a repressão e a

> mantém é percebida como *resistência* durante o trabalho de análise. (FREUD, 1980, p. 248).

Em conformidade com essa nova concepção estrutural do aparelho psíquico, Freud designa os lugares psíquicos *id*, *ego* e *superego*, que funcionam em diferentes níveis de consciência. O id é caracterizado como polo pulsional da personalidade; o ego é apresentado como representante dos interesses da totalidade da pessoa e encontra-se investido de libido narcísica; e o superego é o elemento do julgamento e da crítica e é constituído pela interiorização das exigências e das interdições parentais. Ademais, ainda segundo Freud, entre eles há um processo constante de fluxo dinâmico de lembranças e impulsos, que circulam de um nível para o outro.

O id é o reservatório inconsciente das pulsões, as quais estão sempre ativas. Regido pelo princípio do prazer, o id exige satisfação imediata desses impulsos, sem levar em conta a possibilidade de consequências indesejáveis ou inadequadas.

O ego funciona principalmente em nível consciente e pré-consciente, embora também contenha elementos inconscientes, pois evoluiu do id. Regido pelo princípio da realidade, o ego cuida dos impulsos do id, tão logo encontre as circunstâncias adequadas para isso. Ainda acerca do ego, Freud afirma:

> Além disso, o ego procura aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio de realidade. Para o ego, a percepção desempenha o papel que no id cabe ao instinto. O ego representa o que pode ser chamado de razão e senso comum, em contraste com o id, que contém as paixões.
> [...]
> A importância funcional do ego se manifesta no fato de que, normalmente, o controle sobre as abordagens à motilidade compete a ele. Assim, em sua relação com o id, ele é como um cavaleiro que tem de manter controlada a força superior do cavalo, com a diferença de que o cavaleiro tenta fazê-lo com a sua própria força, enquanto que o ego utiliza forças tomadas de empréstimo. A analogia pode ser levada um pouco além. Com frequência um cavaleiro, se não deseja ver-se separado do cavalo, é obrigado a conduzi-lo onde este quer ir; da mesma maneira, o ego tem o hábito de transformar em ação a vontade do id, como se fosse sua própria (FREUD, 1980 p. 16).

Para Freud, desejos inadequados não são satisfeitos, são reprimidos. Apenas parcialmente consciente, o superego serve como um censor das funções do ego (contendo os ideais do indivíduo derivados dos valores familiares e sociais), sendo a fonte dos sentimentos de culpa e do medo de punição. Por conta disso, as motivações inconscientes estão disponíveis para a manifestação na consciência, apenas de forma disfarçada, na forma de

sonhos e lapsos de linguagem, os quais, assim manifestados, são exemplos dissimulados de conteúdos inconscientes não confrontados diretamente.

Assim, uma das teses defendidas por Freud é a de que, por meio da escuta atenciosa, ao estimular a livre associação, esta levaria o sujeito de um pensamento qualquer, inicialmente aparentemente desconexo, até os pensamentos secretos mais criticáveis, e, então, esse sujeito poderia manifestar os pensamentos secretos por meio da fala, trazendo à tona conteúdos do inconsciente, que chegariam ao consciente e, assim, perderiam a capacidade de deformar a realidade e prejudicar o equilíbrio mental do sujeito falante. Para Garcia-Roza:

> Sabemos o quanto, para Freud, a linguagem, longe de ser o lugar transparente da verdade, é o lugar do ocultamento. O sentido que se apreende oculta um outro sentido mais importante, e essa importância será tanto maior quanto maior for a articulação entre a linguagem e o desejo (GARCIA-ROZA, 2009, p. 56).

Nesse sentido, as falas dos entrevistados da pesquisa que resultou nesta tese apresentam-se aqui como um veículo privilegiado de expressão dos sentimentos e do pensamento oculto nos recônditos da mente dos nossos pacientes “marcados”. Sob esse ângulo, entendemos que o método clínico se destaca pelo privilégio que confere à fala do sujeito, ao valorizar a palavra no decurso de todo o processo terapêutico. A partir da análise dos conteúdos expressos nas entrevistas, por meio das falas, podemos acessar, ainda que parcial e superficialmente, algumas das múltiplas sensações, as diferentes experiências do estar vivo, do estar-no-mundo, os distintos sentidos do encontro com o(s) outro(s), as posições que o sujeito ocupa no mundo, nas suas experiências da vivência com a corporeidade marcada. A esse respeito, vejamos, como exemplo, o seguinte trecho de uma das entrevistas:

> **Excerto 58**
> É, eu deixei muito de ir quando era nova! Por exemplo, não ia pra um shopping, eu não ia pra, **porque tava com o rosto manchado**, não ia pra uma praia **porque tava com o corpo manchado**, hoje **eu não faço mais isso**! **Hoje eu acho assim**, quem tem que gostar de mim, **tem que gostar comigo** do jeito que eu sou, com a psoríase ou não (risos)! Eu sempre falo isso lá em casa com os meus parentes e com as pessoas que convivem comigo! Só que hoje eu também mudei a minha postura! Hoje eu me aceito como eu sou! Eu tenho a psoríase, **inevitavelmente**, **até o momento, ela não saiu de mim!** Não sei se **isso**, em algum momento, **ela** vai sair, né, não sei como é essa questão! Mas, assim, hoje eu já convivo bem **com a doença, com a alergia,** no caso! Mas, **é complicado!** Quem não tem esse, esse, digamos assim, esse entendimento, então a pessoa, a pessoa ela se fecha muito pra o mundo exterior! E isso que **é complicado**! Hoje eu vou mesmo! Tem horas que eu saio, eu ainda saio com blusa, com as manchinhas e aí as

> pessoas falam: “Que que é”? Aí eu falo: “É psoríase”! **Mas é difícil, não é fácil assim, não!** Você tem que ter um jogo de cintura e tem que ter uma postura muito forte! Porque as pessoas passam a te respeitar quando você tem outra postura! Quando você tem uma postura firme! Então, assim, **hoje eu sou assim!** [E3] (grifo nosso - Psoríase).

No trecho acima, há, por parte de [E3], duas posturas que se opõem e, ao mesmo tempo, se completam. Há uma oposição entre o que ela, supostamente, era (deixou de ir, não ia ao shopping, não ia à praia) e o que ela, supostamente, é (ou imagina ser), marcada, linguisticamente, pelas expressões “Hoje eu acho assim” e “Hoje eu sou assim”. Mas, o que é mais interessante, é que, em sua fala, a todo tempo, emergem indícios que mostram uma preponderância daquilo que ela afirma ter sido, “quando era nova” em relação ao que ela diz ser hoje. Primeiramente, ela diz que “hoje eu acho assim, quem tem que gostar de mim, tem que gostar comigo do jeito que eu sou, com psoríase ou não (risos)”. Nessa fala, vemos o verbo “ter” marcando uma obrigatoriedade logo na primeira parte da frase (“quem tem que gostar de mim”), quando o esperado seria a marca de obrigatoriedade apenas na segunda parte da referida frase (“quem gosta de mim, tem que gostar do jeito que eu sou” ou “quem tiver que gostar de mim, tem que gostar do jeito que eu sou”, em que “tiver que gostar” funciona não como uma marca de obrigatoriedade, mas como um modalizador circunstancial, significando algo como “a quem acontecer de gostar de mim [...]”).

Assim, quando marca a obrigatoriedade desse gostar na primeira parte do enunciado, a entrevistada indica um funcionamento inconsciente segundo o qual gostar dela é algo forçado, não natural. Ou seja, ela mostra que, para ela, os outros (e também o Outro), de alguma forma, se obriga(m) a gostar dela. Além disso, o uso do “comigo” (“gostar comigo”) indica um desejo latente da entrevistada de também se gostar, o que, ao que tudo indica, não acontece. Em um outro momento de sua “fala”, a entrevistada diz: “Eu tenho a psoríase, inevitavelmente, até o momento, ela não saiu de mim!”. Nessa formulação, vemos a emergência de um desejo inconsciente de não ter mais a psoríase, o qual é marcado, linguisticamente, tanto pelo advérbio “inevitavelmente”, que indica, por parte de quem enuncia, certo conformismo diante de algo que é inevitável, mas, que, caso fosse possível, haveria o desejo desse mesmo enunciador de evitar, nesse caso, a patologia; quanto pela expressão “até o momento”, que marca uma temporalidade atravessada pela possibilidade (ou pelo desejo) de mudança.

A dificuldade de nomear a psoríase, chamada, pela entrevistada, de “psoríase”, e também de “isso”, de “ela”, de “doença” e de “alergia”, sendo essas quatro últimas nomeações sequenciais (**isso**, em algum momento, **ela** vai sair, né, não sei como é essa

questão! Mas, assim, hoje eu já convivo bem **com a doença, com a alergia,** no caso!), também indica certo funcionamento inconsciente segundo o qual há um desconforto tão grande em relação à psoríase, uma falta de identificação tão grande entre a patologia cutânea e a entrevistada, que essa última sente grande dificuldade em nomear a referida patologia. Por fim, a repetição, durante todo o excerto, das expressões "é complicado", "é difícil" e "não é nada fácil", também mostra que a separação, consciente, entre o que [E3] era (ou diz ter sido) e o que ela é não é tão clara quanto a entrevistada parece querer demonstrar. Tudo isso nos leva a concluir que existe, convivendo em [E3], dois funcionamentos. Um funcionamento consciente, que mostra uma mudança em relação às suas primeiras reações ante a psoríase e suas reações atuais, agora que ela, supostamente, "mudou sua postura". Aqui, suas palavras sugerem, talvez, a elaboração de algum processo desenvolvido ao longo do tempo, a partir das experiências sensoriais, usado para ajudá-la a enfrentar os momentos de convívio com o(s) outro(s), não mais deles fugindo, pois relata que "convive bem com a doença". Contudo, atravessando esse funcionamento consciente, existe um funcionamento inconsciente, que indica uma falta de aceitação de [E3], tanto no que diz respeito à doença que possui quanto em relação a ela mesma. Ambos os tipos de funcionamento, tanto o consciente quanto o inconsciente remetem à compreensão da utilização da memória coletiva, que presentifica as humilhações sofridas no passado, a incorporação dos estereótipos impostos pela sociedade, a dor da rejeição, dentre outros, além da memória dos traumas que acarretaram as marcas ou, ainda, dos traumas de descobrir-se marcada(o).

Além desse exemplo, verificamos em muitas das falas dos entrevistados, ainda no que diz respeito ao funcionamento do inconsciente conforme pensado por Freud, a expressão clara de um sofrimento psíquico, elaborado a partir da existência de certas condições patológicas cutâneas. Em muitas dessas falas, pudemos notar, ainda, a transmutação da fala, que partia inicialmente do adulto, o paciente entrevistado, a qual, no decurso da entrevista ia, gradativamente, assumindo um formato de manifestação infantil, verificada não somente por meio do vocabulário usado, mas também, e principalmente, pela percepção, por parte da pesquisadora, das sutis alterações exibidas nas expressões faciais e corporais dos entrevistados. Nesses momentos, identificamos também a voz da criança ferida, que ali se manifestava a partir da evocação memorial e sensorial dos fatos e sentimentos relacionados à sua pele marcada, à sua doença cutânea, e que ocorreram no passado, quando então funcionaram como agentes promotores das primeiras elaborações psíquicas internas, que seriam, a partir dali, utilizadas para a construção de sentidos, para cada um deles, os "marcados". É o que mostramos nos próximos três excertos:

> **Excerto 59**
> Porque na verdade, lá quando eu era criança, parecia que os outros colegas, eles tinha medo daquilo, né? Era uma escola pública, assim, pouca informação, né? Então os meninos já olhavam assim, meio com "medinho"! Era assim, "porque será que essa menina é assim? Por que essa mancha?" Então eu preferi me resguardar, fechar, esconder, aí ninguém pergunta nada! [...] Aí pra mim já não era uma coisa boa, não era muito agradável! Eu era muito tímida, muito retraída, assim, então, aquilo me incomodava! Eu passei um bom tempo sem colocar camisetas! [E6] – Nevo gigante congênito.

> **Excerto 60**
> Então, naquela época, algumas tias, né, tinham o desagradável hábito de dizer que eu era marcada por coisa ruim! Nisso aí, sim! Era, sim! Aí eu sofria! Nessa época eu sofria! Porque além de você ter um... Eu tinha uma mancha que eu não sabia o que era, né? Isso eu tinha, acho que eu sofri com isso assim... [E6] – Nevo gigante congênito.

A entrevista de [E6], destacada nos excertos 59 e 60, mostra-nos, conforme apontamos no parágrafo anterior, falas que anunciam a rememoração de fatos e sentimentos experimentados na forma de sofrimento, no período da infância, e que ainda estão em funcionamento no psiquismo do adulto marcado de agora, dando vez à fala, hoje, daquela criança marcada no passado. É o que também mostra o próximo excerto:

> **Excerto 61**
> Só tinha uns apelidozinhos, mas eu sempre levei na esportiva, o povo me chamava de Angélica, aí, mas nunca liguei pra isso, não! [E4]

Nesse excerto, a criança que "tinha uns apelidozinhos", agora também se manifesta por meio da fala de [E4], o adulto entrevistado, em cuja expressão podemos perceber uma certa contradição quando afirma: "mas nunca liguei pra isso, não!". Pois, se de fato a presença da marca cutânea, na infância, não lhe incomodava, como é que o adulto de hoje pode, na evocação de tais lembranças, chegar àquele passado distante e trazer para o agora aqueles sentimentos de antes? Do ponto de vista de uma análise indiciária, o retorno dessa lembrança de infância na fala do adulto [E4] aponta para um sofrimento, marcado na criança ferida pelos apelidozinhos, que permaneceu recalcado no inconsciente daquele adulto e que retorna na/pela sua fala, mostrando, mais uma vez, os intrincados e complexos caminhos que entrelaçam pele e psiquismo no devir da existência humana.

4.1 A INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS PARA FREUD

Voltando à teoria, verificamos que Freud foi o primeiro estudioso a explorar a importância dos sonhos como mediadores do acesso ao inconsciente e trabalhou com a hipótese de que "os sonhos não são produtos do acaso, mas que estão associados a pensamentos e problemas conscientes" (JUNG, 2008, p. 25). Para Garcia-Roza:

> Enquanto o discurso chamado racionalista procurava afastar o desejo para que a verdade pudesse aparecer na sua pureza essencial, a psicanálise vai procurar exatamente a verdade do desejo. Sua função é fazer aparecer o desejo que o discurso oculta, e esse desejo é o da nossa infância, com toda a carga de interdições a que é submetido. O único modo desse desejo aparecer, de transpor a barreira imposta continuamente pela censura, é de uma forma distorcida, cujo exemplo privilegiado é o sonho manifesto. O sonho manifesto, assim como os sintomas, são o efeito de uma distorção cuja causa é a censura. É a esse trabalho de distorção que Freud dá o nome de "elaboração onírica" ou "trabalho do sonho" (GARCIA-ROZA, 2009, p. 66).

Dessa forma, o objetivo de Freud, no livro "A interpretação dos sonhos" é mostrar "que os sonhos de fato têm um significado e que é possível um procedimento científico para interpretá-los" (FREUD, 2013, p. 121, v. I). Assim, a partir de suas observações, Freud defende que os sonhos são realizações de desejos ocultos no inconsciente e se constituem em processos primários que reproduzem o modelo da experiência de satisfação. Nesse sentido, para o referido autor, o conteúdo do sonho é uma realização de desejo, e seu motivo, um desejo (FREUD, 2013, p. 140, v. I).

Para Freud, o desejo se constitui, assim, como a força impulsora psíquica para a formação dos sonhos (FREUD, 2013, p. 140, v. I). Contudo, os sonhos não são a única via para a manifestação de desejo. Durante o período da vigília, ainda segundo Freud, o sujeito emprega mecanismos de ocultação do desejo, os quais nem sempre são completamente capazes de fazê-lo, como por exemplo, quando ocorre a expressão do lapso, do ato falho, do chiste, ou ainda, na forma do sintoma, que também atende a esse propósito embora apresente uma estrutura que reage contra o desejo, uma vez que o sintoma é gerador de sofrimento. Da mesma forma que o sonho, o sintoma aponta o caminho para se chegar ao que o desejo inconsciente clama, desejo que se encontra recalcado por não ter sido realizado (FREUD, 1980, p. 427, v. I). Daí a formação dos sonhos, para atender à impossibilidade efetiva de realização do desejo.

Ainda segundo Freud (2013, p. 25, v. I), "lembramos bem do que sonhamos, mas não lembramos do que foi vivenciado nem quando o foi". Nesse sentido, o autor afirma que todo o

material que compõe o conteúdo onírico provém, de alguma forma, de experiências e que é reproduzido, em alguma medida, no sonho. Segundo ele, a ligação que existe entre o conteúdo onírico e a vida de vigília, entretanto, precisa ser cuidadosa e atentamente buscada, pois, embora possa ser percebida, em muitos casos, sabe se ocultar por longo tempo.

Em suas considerações, Freud mostra que "o sonho pode escolher seu material de qualquer momento da vida, bastando apenas que um fio de pensamento ligue as experiências do dia do sonho (as impressões 'recentes') com as experiências mais antigas" (FREUD, 2013, p. 190, v. I). Segundo o referido autor: "ao nos mostrar um desejo realizado, o sonho de fato nos leva ao futuro; mas esse futuro que o sonhador toma por presente é criado pelo desejo indestrutível à imagem daquele passado" (FREUD, 2013, p. 648, v. II).

Freud defende que as ideias oníricas são de caráter alucinatório. Para ele, "fecha-se os olhos e alucina-se; torna-se a abri-los e pensa-se com palavras" (FREUD, 1980, p. 259, v. I). Portanto, nos sonhos, as conexões são absurdas, contraditórias ou estranhamente loucas. Assim, o que é recordado é necessariamente fragmentado e, portanto, desconexo (GARCIA-ROZA, 2009, p. 63). Conforme a concepção do pai da psicanálise, os sonhos carecem de descarga motora, porque "nos sonhos ficamos paralisados" (FREUD, 1980, p. 258, v. I) e como a lembrança dos sonhos é fraca, poucos danos causam em comparação com outros processos primários. Mesmo assim, após o despertar, "quer essa retroversão (a rememoração do sonho) seja inteira, quer apenas parcialmente bem-sucedida, o sonho nada perde de seu caráter enigmático" (FREUD, 2013, p. 71, v. I).

Ainda segundo Freud, o aparelho psíquico apresenta dois modos de funcionamento, aos quais designou como processo primário e processo secundário. Do ponto de vista topográfico, o processo primário caracteriza o sistema inconsciente, e o processo secundário caracteriza o sistema pré-consciente-consciente. Do ponto de vista econômico-dinâmico, a energia psíquica escoa-se livremente, no processo primário, passando, sem barreira, de uma representação à outra, segundo os mecanismos de deslocamento e de condensação; enquanto que, no processo secundário, a energia psíquica se inicia a partir de uma ligação, antes de fluir de forma descontrolada, fazendo com que a satisfação seja, dessa forma, adiada, propiciando, assim, o fluxo de experiências mentais para os diversos caminhos possíveis de satisfação. O processo secundário corresponde aos dois modos de circulação da energia psíquica: a energia livre e a energia ligada, assim como corresponde também à oposição entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. O ego tem, pois, uma dupla função: a de inibição e a de defesa (GARCIA-ROZA, 2009, p. 48). A esse respeito, Freud afirma:

> A *catexia* de desejo, levada ao ponto de alucinação, [e] a completa produção do desprazer, que envolve o dispêndio total da defesa, são por nós designadas como *processos psíquicos primários*; em contrapartida, os processos que só se tornam possíveis mediante uma boa catexia do ego, e que representam versões atenuadas dos referidos processos primários, são descritos como *processos psíquicos secundários*. Ver-se-á que a precondição necessária destes últimos é a utilização correta das *indicações da realidade*, que só se torna possível quando existe inibição por parte do ego (FREUD, 1980, p. 248. v. I).

Nesse sentido, Freud mostra que as pessoas podem ter a impressão de que seus sonhos são espontâneos e sem conexão, entretanto a análise acurada, ao fim de um longo período de observação, é capaz de identificar estruturas significativas a partir das imagens oníricas analisadas.

4.2 BIRMAN E A EXPERIÊNCIA DO SUJEITO NA CONTEMPORANEIDADE

Retomando as concepções de Freud sobre o sonho e o sonhador, Birman (2012), no livro *O sujeito na contemporaneidade*, procura "colocar em evidência a configuração predominante e progressivamente espacial assumida pela experiência do sujeito na contemporaneidade" (BIRMAN, 2012, p. 11). No referido livro, o autor faz uma análise do modo como as transformações, que vêm se operando em todos os níveis sociais, recaem no registro particular do sujeito e apresenta suas considerações sobre as novas formas de mal-estar que acometem esse mesmo sujeito da contemporaneidade.

Ao expor o mal-estar que acomete o sujeito contemporâneo, em contraponto com as rupturas que se processaram a partir do sujeito da modernidade, Birman distingue duas formas de mal-estar: a moderna, fundada no conflito subjetivo entre o desejo e as exigências sociais de sua repressão; e a contemporânea, esta não mais fundamentada nesse conflito, mas no imperativo de realização direta e imediata do desejo.

O autor apresenta, ainda, significativos contrastes, acerca da dor, entre modernidade e contemporaneidade, "percorrendo as dinâmicas espaço/tempo, dor/sofrimento e desamparo/desalento" (BIRMAN, 2012, p. 10).

Ainda de acordo com Birman, a temporalidade que se manifesta na experiência onírica possibilita a subjetivação do sonho, sem a qual, este não seria possível (BIRMAN, 2012, p. 16). Segundo ele, diante da condição de espectador do próprio sonho, a experiência da evocação do que foi sonhado desloca o sonhador de uma posição passiva para uma posição

ativa, possibilitando, dessa forma, a realização de um processo de subjetivação, decorrente da apropriação psíquica do que lhe aconteceu no sonho. Nesse sentido, afirma:

> Pela narração do que lhe ocorreu, a categoria de tempo se impõe agora, necessariamente, pela incidência efetiva do discurso. Porque não existe discursividade possível sem a articulação da temporalidade, que marca tanto a sua sintaxe e gramática quanto a sua semântica. Não existiria, portanto, a ordem do discurso sem a participação ostensiva da categoria do tempo (BIRMAN, 2012, p. 17).

Assim, a partir de suas considerações sobre o sonho, Birman busca mostrar a potência do desejo, enquanto possibilidade de desejar e de ser realizado no sonho, o qual delineia uma outra ordem do realizável, na experiência humana. O referido autor defende que, no mundo contemporâneo, a categoria do espaço teria substituído a dimensão do tempo e, por conta disso, o sofrimento (marca do sujeito moderno) tem sido, paulatinamente, substituído pela dor (marca do sujeito contemporâneo), constituindo, assim, os padecimentos do sujeito na atualidade.

4.2.1 Sonho *vs* pesadelo: algumas considerações sobre a contemporaneidade

Partindo da tese de que o sujeito contemporâneo é marcado, principalmente, pelo registro do espaço e, portanto, pela dor, trazemos agora, ainda com base nas considerações de Birman (2012, 2014), algumas concepções a respeito do viver, do estar-no-mundo, das características psicossociais e culturais que fundamentam a subjetividade humana e suas relações com o mesmo e com o(s) outro(s), mostrando suas (inter)relações com as marcas cutâneas desses sujeitos, bem como com as novas modalidades de dor psíquica na contemporaneidade.

Caracterizadas pela disseminação e pela dispersão, as imagens representadas e vivenciadas pelo sonhador, durante o sonho, o colocam numa posição privilegiada de espectador passivo de um cenário anárquico que lhe provoca “a sensação de se defrontar com algo que é irreal e até mesmo fantasmagórico” e tal efeito se dá por conta do processo de transfiguração da ordem da percepção visual (BIRMAN, 2012, p.12).

Assim, no que se refere às apreensões possíveis, captadas do mundo cognoscível, que se configuram a partir das experiências perceptivas, Birman (2012, p. 13) ressalta que: “não obstante o estilo marcadamente impressionista que caracteriza a experiência perceptiva, esta

evidencia o mundo que podemos conhecer na sua objetividade [...] a objetividade possível de nossa condição antropológica, delineada que é pela experiência perceptiva.”

Contudo, durante o sonho, o sujeito experiência transgressões do mundo percebido, o qual se apresenta em imagens fragmentadas e situações descontínuas, desconexas. Segundo o referido autor:

> O sonho, no entanto, delineia uma outra ordem possível para a experiência humana [...], onde é possível uma experiência efetiva de transgressão, que subverte a ordem da percepção. Uma outra dimensão do mundo se abre assim para o sujeito, indicando a existência de outros mundos possíveis (BIRMAN, 2012, p. 12).

Dessa forma, a razão, o entendimento e os registros apreendidos no decurso da vivência cotidiana cedem espaço para “o reconhecimento de outros mundos possíveis, regulados agora pelo que Freud denominou de *desejo*” (BIRMAN, 2012, p. 14).

Nessa perspectiva, Birman ressalta a importância das contribuições de Freud para compreender a experiência do sonhar, agora reconhecida como uma das possibilidades de realização do desejo, o qual se concretiza de maneira alucinatória no sonho.

Para Freud, afirma Birman:

> A função do sonho é a proteção do sono [...], porque se a produção desejante se mantém, como um moto-contínuo, não apenas na vigília, mas também no sono, seria preciso criar destinos psíquicos para a incidência do desejo, sem o qual o sono não seria então possível (BIRMAN, 2012, p. 12).

Fora do estado de vigília, entretanto, o sujeito procura regular os seus sonhos por meio do mecanismo de elaborada censura, de maneira que os sonhos sempre se apresentam camuflados, disfarçados, pois a sua manifestação clara e direta não é suportada pelo sujeito e, quando isso ocorre, se impõe então o pesadelo, que o desperta, como uma forma de proteção empregada pelo psiquismo (FREUD, 2013, p. 608).

Segundo Birman (2012, p. 21), “na experiência do pesadelo, portanto, o sonho se transfiguraria, perdendo suas características temporalizantes, e se imporia ao sujeito na fulguração instantânea da realização atemporal do desejo”. De uma maneira geral, podemos considerar o pesadelo como uma expressão das angústias do sujeito, o qual conduz o sonhador ao despertar e à vigília, a fim de que este retome ativamente o controle sobre seu psiquismo.

O esquecimento do sonho deve ser considerado também como mais um recurso de defesa, empregado pela censura psíquica, como um mecanismo de resistência, que se impõe com maior intensidade na vigília.

Presenciamos, na contemporaneidade, segundo Birman (2012, p. 22), "uma transformação importante no que concerne à experiência do sonhar, na tradição do Ocidente", pois, ainda segundo o referido autor, "o sonhar como experiência crucial que seria do sujeito se apaga cada vez mais, sendo substituído progressivamente pela presença pregnante, disseminante e assustadora da dor" (BIRMAN, 2012, p. 22). Com isso, ele afirma que, na tradição do Ocidente, o sonho perde sua posição de destaque, enquanto modalidade de subjetivação, o que leva a um modelo de subjetividade em que se sonha pouco, ou quase nada, pela impossibilidade de sustentação do desejo e da simbolização dele decorrente (BIRMAN, 2012, p. 23).

Birman ressalta, ademais, que tal observação já havia sido realizada por Freud em *Além do princípio do prazer* (1920), onde ele destacou que "o que emergia na experiência do sonhar era agora a dor, e não mais a realização do desejo, pela mediação e inflexão da compulsão à repetição" (BIRMAN, 2012, p. 26-27) e que essa nova forma de subjetivação já apresentava uma predominância do registro do espaço sobre o do tempo. Dessa forma, há, na contemporaneidade, uma sobreposição da dor, a qual assume lugar de destaque no psiquismo, em relação ao sonho, diante do registro do desejo, e, portanto, um deslocamento do sonho para a dor. Com isso, o pesadelo se torna cada vez mais frequente e, segundo Birman: "o registro do sonho se apaga cada vez mais diante do da dor/pesadelo, isso implica a pregnância assumida progressivamente pela categoria do espaço na experiência psíquica e a rarefação correlata da categoria do tempo" (BIRMAN, 2012, p. 26-27).

Birman afirma, também, que essa preponderância do pesadelo e, portanto, do espaço vincula-se, ainda, ao conceito de *sociedade do espetáculo*, conforme enunciado por Debord (1997). Tal sociedade é aquela:

> Na qual os registros do olhar, da visibilidade, da cena e da exibição se destacavam na configuração das novas modalidades de sociabilidade. Os laços sociais se restringiriam então ao campo da imagem, de maneira que a cena social se reduziria à retórica do narcisismo. Seria a produção e a exaltação desenfreada das imagens de si mesmo, para o deleite do outro, num campo sempre imantado pela sedução, o que passaria a dar as cartas do jogo na estética performática do espetáculo. Essa transformação fundamental pressupõe uma mudança nas formas de *mal-estar* presentes na contemporaneidade (BIRMAN, 2012, p. 55).

Nessa perspectiva, Birman (2012) defende que o mal-estar, presente na contemporaneidade, configura toda a dimensão das relações do sujeito consigo mesmo e com o outro, e revela as formas de estruturação constitutiva da experiência subjetiva, a qual melhor se evidencia por meio da captação das diversas formas de padecimento do sujeito contemporâneo. Em outras palavras, Birman afirma que a sociedade atual, configurada na cultura do espetáculo e do narcisismo, os quais se apresentam em pequenos palcos particulares, construiu um modelo de subjetividade no qual as possibilidades de reinvenção do sujeito e do mundo estão silenciadas, e é nisso que se fundamenta o mal-estar contemporâneo.

Com base no que vimos em Freud e em Birman, também encontramos, na análise das entrevistas realizadas, indícios desse referido mal-estar em decorrência dos processos psíquicos, estruturados a partir da existência de marcas cutâneas, conforme exemplificamos a seguir:

> **Excerto 62**
> Eu vi que a cicatriz não tinha ficado da mesma forma que a cesariana havia deixado e isso me deixou realmente **muito insatisfeita!** Inclusive eu tenho amigas que fizeram essa cirurgia como a minha, grande também como a minha, com o mesmo profissional e não ficaram com marca nenhuma! Esse foi um dos motivos, né, foi o que me motivou a fazer com tal profissional a cirurgia... Aí eu percebi que era **um problema meu**, que não foi uma coisa que foi mal feita, foi uma resposta que meu organismo deu! Agora, eu não aconselho retirar, fazer a correção, se for um caso como o meu, eu já falo: amiga, a minha não teve jeito! [E1] (grifo nosso – Cicatriz – cirurgia plástica).

A insatisfação com o aspecto final da cicatriz no abdome, decorrente de cirurgia plástica reparadora, configura-se, na entrevistada [E1], como impulso desencadeador da condição de mal-estar e de dor, por ela vivenciados, o que a leva a buscar diversas outras possibilidades de resolução para a referida cicatriz, sem, contudo conseguir êxito. Verificamos como [E1] apreende sua experiência desastrosa e procura compensar sua insatisfação justificando, para si mesma e para os outros, que o insucesso ocorreu como consequência de alguma provável e inespecífica alteração em seu organismo, esta caracterizada em sua fala como “um problema meu”. Tal atitude demonstra, talvez, uma maneira própria encontrada para suportar o conflituoso convívio com a marca, enquanto percebemos a dor camuflada em palavras de falsa aceitação, de aparente conformidade, que atravessam as falas dirigidas às suas amigas, quando elas lhe solicitam opinião sobre a possibilidade de insucesso que também pode vir a atingi-las em suas futuras prováveis cirurgias reparadoras.

Da mesma forma que em [E1], encontramos, na entrevistada [E3], a expressão do seu desconforto e da sua angústia, quando perguntada sobre as reações de outrem, diante da visualização das suas lesões psoriásicas, as quais se encontram, no caso dela e na maior parte dos casos, distribuídas na face, tronco e membros:

> **Excerto 63**
> Mas é difícil! No começo é complicado, você tem que explicar! Então assim, eu passo a minha vida toda explicando o que é psoríase, qual é a origem, pelo menos assim, o que eu sei, o que eu pesquisei, né? Eu procurei entender![E3] – Psoríase.

Na fala da entrevistada, verificamos um tom de crítica, que se mostra quando a entrevistada afirma: "eu pesquisei, né? Eu procurei entender!", numa alusão ao aparente desinteresse das pessoas na busca para entender o que se passa com ela, antes de reagirem de forma negativa. Essa fala indica a possível manifestação de um sentimento de dolorida solidão, de sentir-se "esquecida" em sua condição, enquanto esperava, exatamente por causa de sua condição, ser merecedora de especial atenção e cuidado. Mas, no lugar dessa atenção, [E3] experimenta o severo dissabor, que se manifesta no "ter que explicar" e "em passar a vida toda se explicando". Esse constante explicar-se funciona para [E3] como uma espécie de auto-justificativa, a qual passa a fazer parte das suas relações com os outros no decurso das interações sociais.

4.2.2 Sobre as marcas de "dor" na/da pele

Neste tópico, analisamos excertos que mostram como o registro da dor se mostra na fala das entrevistadas que têm marcas na pele.

Na fala de [E5], uma das entrevistas que constitui o banco de dados da pesquisa que deu origem a esta tese, verificamos que as modificações que se manifestaram em sua pele aos 14 anos de idade, a partir do início da doença (Lúpus eritematoso), caracterizadas por manchas rosadas e cicatrizes hipercrômicas (escuras), na face, tronco e membros, coincidiram também com o período das transformações corporais que se operam nessa fase da adolescência. O choque determinado por essa profusão de novas imagens de si, as marcas da ordem do *physio* em contraponto com as marcas da ordem do *pathos*, ambas em apresentação simultânea, despertaram sentimentos confusos que a levaram a evitar a visualização do próprio corpo, o qual antes admirava, em função das imagens conferidas pela condição patológica, conforme nos relata em sua fala, destacada a seguir:

> **Excerto 64**
> Tem a fase da transformação do corpo, a adolescência, e eu me olhava muito no espelho, aí eu parei de olhar muito, parei de olhar no espelho bastante. Porque tem hora que você passa e olha, né? O espelho é assim, hoje eu não faço mais isso, na adolescência eu parei, parei de olhar, de olhar tanto, né? De olhar, de me elogiar, de me admirar, eu parei [...] Foi na adolescência, foi automático, foi automático, eu me olhava muito, até os 14 anos, eu cresci bastante, com 14 anos eu já era grande e eu já tinha minhas vaidades e me olhava muito, e tal, até pra bronzear, essas coisas, e depois eu parei, foi automaticamente, eu já não gostava tanto do espelho, assim... [E5] - Lúpus eritematoso.

Assim constatamos na fala de [E5] que o forte impacto causado pela presença das marcas do lúpus em sua pele foi maior do que a vaidade e do que a curiosidade próprias dos adolescentes. Vaidade e curiosidade que naturalmente se manifestam diante das alterações fisiológicas secundárias aos estímulos hormonais, característicos dessa fase evolutiva da vida humana. Contudo, como dito anteriormente, no caso de [E5], o aparecimento do lúpus fez com que, dentre outras coisas, ela parasse "de se olhar tanto". Nesse contexto, contatamos que a entrevistada não suportava a visualização desse seu novo corpo, agora modificado, agora marcado. Antes da doença, havia o prazer de se ver no espelho, de admirar a ação hormonal operando agradáveis transformações em seu corpo que experimentava mudanças simbólicas, sinalizadoras, ao mesmo tempo, do final de um ciclo e do início de outro, com suas promessas desafiadoras, porém não menos encantadoras. Agora, a sua pele cruelmente marcada pela presença das lesões cutâneas, provenientes da doença em atividade, se impõe entre as possibilidades de sonho e de desejo, materializando a sua dor, inscrita nos registros que o seu corpo lhe apresenta.

Ademais, verificamos que os reflexos negativos em sua autoestima são também mostrados em sua fala, especialmente quando ela diz que "parei de olhar, de me elogiar, de me admirar, eu parei...". A dor que se manifesta em sua fala, a partir do momento em que relata a recusa em se olhar no espelho, pois, o "não gostar dele" (o espelho) sugere a elaboração de novos processos de subjetivação necessários para a aceitação dessa nova dolorida realidade e para o reconhecimento de si mesma, dessa que agora passou a ser "marcada". A materialidade concreta de sua dor está gravada nas imagens que não mentem ao exibir para ela mesma, diante da solidão no espelho, no momento em que está despida dos recursos de camuflagem usados na vida de relação com o(s) outro(s), e registra, de forma indelével, um certo deslocamento da experiência do sonho, das possibilidades, da fantasia, para a experiência da dor; do prazer para o desprazer. O sonho do possível agora transformado em um pesadelo real, visível, registrado no seu corpo.

Nas palavras de Birman, “é a imagem, na sua dimensão estática e espacial ao mesmo tempo, na sua ataraxia, enfim, que se impõe no psiquismo (2012, p. 27)”.

Ainda nesse cenário, trazemos uma outra fala que evidencia o aspecto dolorido da convivência com um corpo marcado por um processo de enfermidade, nesse caso, a psoríase: “Mas, é dura a doença quando entra, não é doutora? É dura, é dura...[E2]”, diz a entrevistada, quando solicitada a relatar suas impressões pessoais acerca das suas experiências a partir da configuração de uma condição patológica que se manifesta primordialmente na pele, e que a acompanha há cerca de 15 anos.

As considerações até aqui realizadas estão em consonância com as afirmações de Birman, quando interpreta o mal-estar contemporâneo, conforme destacamos a seguir:

> Antes de mais nada, é necessário reconhecer que a dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo qualquer lugar para o outro no horizonte do seu mal-estar. Com efeito, a dor é uma experiência eminentemente *solipsista*, restringindo-se o indivíduo apenas a si mesmo, não revelando qualquer dimensão alteritária. A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe a um murmúrio e a um mero lamento, por mais aguda e intensa que seja a dor em questão. Daí a passividade que sempre domina o indivíduo quando algo dói, esperando que alguém tome uma atitude em seu lugar. Se isso não ocorre esta pode mortificar o corpo do indivíduo, minando intensamente o registro do somático, de forma a retirar e até esvaziar a potência do indivíduo. Este se solapa e se desqualifica em sua auto-estima (BIRMAN,2012, p. 140-141).

A seguir, trazemos mais uma fala que mostra aspectos relativos à dor na/da pele marcada:

> **Excerto 65**
> Complicou bastante a minha vida, em função disso... Porque é complicado! Então, às vezes, uma pessoa que não tem um preparo emocional, ela se entrega! E aí talvez gere uma possível depressão, por conta disso! Então, às vezes, um problema que seria simples pode ocasionar uma coisa mais séria! Eu tenho a psoríase, inevitavelmente, até o momento, ela não saiu de mim! Não sei se isso, em algum momento, ela vai sair, né, não sei como é essa questão! Mas é difícil, não é fácil assim, não! Você tem que ter um jogo de cintura e tem que ter uma postura muito forte! [E3] - Psoríase

No seu entender, [E3] constata que a realidade do convívio com a doença “complicou” a sua vida. Admite, ademais, a possibilidade de que, talvez, uma condição patológica cutânea possa vir a desencadear “uma possível depressão”, tal a dimensão que a mesma pode assumir na vida das pessoas “marcadas”, denunciando, assim, em sua fala, que o impacto de sua

condição repercute no seu psiquismo. Sobre esse aspecto, também encontramos a mesma referência na fala da entrevistada [E7], quando ela diz:

> **Excerto 66**
> E isso me incomoda muito! Isso me incomoda demais! Isso eu tô falando de verdade, me incomoda muito! Muito, muito! Se eu pudesse remover, eu removeria ela! Então é uma coisa que tá aqui, colada aqui, mas que me incomoda, e eu acho muito feio, muito feio, muito feio! Não gosto de jeito nenhum, de jeito nenhum! Ah! doutora... Eu, essa mancha eu não gosto, eu não gosto dessa mancha... Essa mancha, gente, essa mancha... (pausa). Essa queloide olhe, eu já entrei na Internet, **pra você ver como mexe com o psicológico! Você não gosta! Mexe! Mexe muito com o psicológico!** [E7] (grifo nosso - Cicatriz – cirurgia/emergência).

Nos excertos acima (65 e 66), as falas de [E3] e de [E7] são semelhantes quando relatam o sofrimento psíquico causado pela existência de suas marcas, as quais, embora de natureza distinta, pois as cicatrizes de [E3] foram causadas pela psoríase e a cicatriz de [E7] foi resultante de uma cirurgia de emergência, processam respostas de intensidades semelhantes, nas duas entrevistadas, denunciando o funcionamento de suas elaborações psíquicas.

Nesse sentido, as considerações de Birman, ainda acerca da dor, também apontam para o fato de que "falar da dor é também uma maneira de se falar do *ressentimento*, que perpassa hoje todos os humilhados e ofendidos, disseminados pelos quatro cantos do planeta" (BIRMAN, 2012, p.141).

Nesse cenário, talvez possamos concluir a respeito das falas aqui analisadas, das dores aqui assinaladas, recorrendo, mais uma vez, a Birman, quando ele afirma que essa nova forma de mal-estar, que aflige o sujeito contemporâneo, "se evidencia como essencialmente narcísica, não se abrindo para o outro, de quem em princípio desconfia" (BIRMAN, 2012, p. 141). Esse narcisismo se mostra nas falas anteriores por meio de um excesso do "EU". Na fala de [E7], por exemplo, mesmo quando ela parece querer marcar a relação com o outro, nesse caso a entrevistadora, por meio de uma interjeição (Ah! doutora...), é, mais uma vez, o "EU" que prevalece (**Eu**... essa mancha **eu** não gosto, **eu** não gosto dessa mancha... Essa mancha, gente, essa mancha...). Se há alguma interlocução, ela se dá com "a mancha", que a todo tempo parece atravessar a fala de [E7], marcando uma permanência da dor (ou do motivo dela).

Assim, o mal-estar contemporâneo "se caracteriza principalmente como *dor*, e não como *sofrimento*" (BIRMAN, 2012, p. 138, grifos do autor), diferentemente do mal-estar moderno, que se inscrevia na relação com o outro, funcionando como uma "experiência

eminentemente alteritária" (BIRMAN, 2012, p. 141). Nesse sentido, para Birman, a subjetividade atual não consegue mais transformar dor em sofrimento; o sujeito da dor é o sujeito do desalento, do desolamento, impossibilitado de se inscrever na interlocução com o outro e, por isso, fadado aos excessos do corpo e da ação.

4.3 CORPO, AÇÃO E INTENSIDADE MARCADOS NA PELE

Neste tópico, mostramos como os três registros (corpo, ação e intensidade) apresentados por Birman (2012) como marcas do mal-estar contemporâneo se revelam nas falas das entrevistadas, quando elas tratam das marcas que possuem.

Birman defende que o corpo e a ação são os registros por excelência do mal-estar hoje, por conta da condição solipsista da subjetividade atual, como já comentamos no tópico anterior. Segundo Birman, o mundo se restringe cada vez mais ao registro do pragmático e do funcional, negligenciando, dessa forma, toda a dimensão simbólica.

Nesse perspectiva, ele afirma que o "o corpo é o registro antropológico mais eminente no qual se enuncia na atualidade o mal-estar" e destaca que a insatisfação com o próprio corpo é uma das queixas mais proferidas no mundo atual (BIRMAN, 2012, p. 69). Tal situação, segundo o autor, confere ao corpo a condição de ter-se transformado no "nosso bem supremo", tornando, assim, o sujeito contemporâneo refém de um ideal de saúde perfeita a ser alcançado, uma vez que atingir um patamar ideal de saúde significa ter um corpo saudável (BIRMAN, 2012, p. 70).

Nessas circunstâncias, o discurso médico na contemporaneidade é elevado a uma dimensão pregnante que se manifesta na ordem das indicações das ações necessárias ao alcance do bem-estar corporal, como possibilidade de busca de soluções capazes de "erradicar o mal-estar do corpo" (BIRMAN, 2012, p. 77).

Em tal busca, as práticas de medicalização encontram fértil terreno propício à sua disseminação, ocorrendo, nesse processo, inclusive, a medicalização do espaço social que passou a promover o ideário de saúde, que era antes ocupado pela possibilidade de *salvação*, presente nos imperativos do discurso e das práticas religiosas. Nesse sentido, a partir do início do séc. XIX, no Ocidente, "as categorias de *normal*, *anormal* e *patológico* passaram a dominar os discursos médicos e as políticas públicas, que visavam normalizar as populações" (BIRMAN, 2012, p. 78, grifos do autor).

No corpus deste trabalho, encontramos vários exemplos desse culto excessivo ao corpo, o qual se mostra em muitas das falas analisadas, como passamos a mostrar, nos exemplos seguintes.

Na entrevista realizada para este trabalho, numa tentativa de respaldar sua decisão de remover estrias, por meio de técnica cirúrgica plástica corretiva, a entrevistada [E1] se vale de um relato recheado de termos técnicos médicos e de referências à nomenclatura usada para denominar certos materiais cirúrgicos largamente utilizados em tais intervenções, como podemos observar no seguinte excerto:

> **Excerto 67**
> Devido a minha segunda gravidez, porque foi um parto prematuro, eu tive que usar muito **corticóide**, e optei por fazer a plástica, a cirurgia plástica, a **lipoabdominoplastia**, e eu estava confiando no resultado que eu tive da cesariana, que ficou uma cicatrização assim, muito discreta, quase imperceptível, isso me encorajou a fazer a **abdominoplastia** [...]. Inclusive eu tenho amigas que fizeram essa cirurgia como a minha, grande também como a minha [...] Um fio, ele **(o cirurgião)** tinha feito com **Monocryl,** depois usou **Vycril (tipos de fios de sutura utilizados nas cirurgias)**, aí eu usei uma **fita** também, que diz que essa fita pra cicatrização é excelente... **Todos os curativos eu fiz no hospital!** [E1] **(**grifo nosso **-** Cicatriz – cirurgia plástica).

Verificamos, na fala de [E1], um exemplo de como a popularização de termos médicos, agora ao alcance de todos por meio do fácil acesso a eles proporcionados pelas múltiplas formas de divulgação midiática, incluindo nesse conjunto, a Internet, passou a compor o vocabulário corriqueiramente utilizado nas conversas entre amigas, como por exemplo, quando comentam sobre suas experiências com os recursos proporcionados pelas cirurgias plásticas corretivas. Ademais, nesse caso, podemos também ponderar sobre a banalização de tais procedimentos, na atualidade, na busca incessante pelo corpo formatado.

A ideia geral do trabalho de Birman é a de que as novas modalidades de mal-estar na contemporaneidade são regidas por formas diferentes de regulação social, nas quais imperam a exigência da performance e da iniciativa individual. Diferentemente do que ocorria na modernidade, quando predominava o sofrimento, centrado no conflito entre a pulsão e as interdições morais, em vez da interdição, observa-se hoje que o mal-estar se evidencia nos registros do corpo e da ação.

Nesse sentido, encontramos, na fala de [E1] (aqui vale ressaltar que parte dessa fala de [E1] já foi analisada em outro contexto, sob outra perspectiva, nos capítulos anteriores), o registro de sua insatisfação com a aparência do seu corpo, após o período da gestação:

> **Excerto 68**
> Eu tinha estrias, tinha muitas estrias, devido a minha segunda gravidez. Me incomodava demais as cicatrizes provocadas pelas estrias e optei por fazer a plástica, a cirurgia plástica [...] porque as estrias eram muitas, eram muito feias [E1] - Cicatriz – cirurgia plástica.

De acordo com o que diz [E1], a insatisfação causada pela presença das estrias que surgiram durante a gravidez motivou sua busca por correção de tal condição insatisfatória, por meio da intervenção cirúrgica.

Dessa forma, [E1], movida pela busca do ideal estético da beleza, cujo padrão válido na contemporaneidade encontra vasta e maciça divulgação e impulso na mídia, a qual valoriza sobremaneira a imagem, busca "retirar" as marcas que tanto a incomodam. Entretanto, ela não encontrou naquela intervenção a satisfação plena do seu objetivo, uma vez que a cirurgia realizada para tal finalidade resultou em outra condição esteticamente inaceitável e, assim, da mesma forma que as estrias que antes existiam, a cicatriz inestética, atualmente presente, continua sendo fonte de dor, gerando os mesmos sentimentos de insatisfação que se manifestavam anteriormente, levando-a, inclusive, a admitir a possibilidade de se submeter a novas intervenções cirúrgicas para o alcance do seu intento inicialmente relatado.

Vale ressaltar que essa nova intervenção cirúrgica de fato ocorreu, cerca de um ano após a realização dessa entrevista, como soubemos depois, por meio do relato da própria paciente, em outra oportunidade de consulta médica, quando a mesma procurou a nossa ajuda, com queixa idêntica àquela que motivou a sua primeira visita ao nosso consultório.

Nesse contexto, Birman afirma que a supervalorização da imagem, aliada às manifestações narcísicas que caracterizam o contemporâneo social, favorecem a suposição de que podemos nos manter num eterno presente, que é marcado pela repetição do mesmo, o qual, nessa condição, apaga a temporalização e toda a possibilidade de um horizonte de futuro. Assim, o sujeito da contemporaneidade é um sujeito sem passado e sem futuro, no qual prevalece apenas o instante do agora:

> A dominância da categoria do espaço sobre a do tempo está no fundamento das diferentes modalidades de expressão do mal-estar. É essa mesma dominância que estará igualmente em pauta na leitura do registro das intensidades. O que significa dizer que a relação entre estas duas dimensões constituintes da experiência do sujeito, com a predominância agora do espaço sobre o tempo, é a encruzilhada fundamental por onde se realiza e se operacionaliza a constituição das formas de subjetivação hoje (BIRMAN, 2012, p.95).

Como vimos, para Birman, vivemos uma era em que predominam a velocidade e a ação, uma era marcada pela labilidade do instante, pela supremacia do já e do agora, os quais, na iminência do urgente, suprimem a categoria tempo e, com ele, também o futuro e o desejo, pois sabemos que este tem como condição de existência a inscrição psíquica daqueles dois primeiros. Assim, preso no aqui e agora, o sujeito fica sem condições de assimilar e inscrever, no seu psiquismo, suas experiências de subjetividade. O sujeito assim trabalhado, na "fumaça" do efêmero volátil, tende a ser rapidamente substituído por outro(s). Nesse sentido, destacamos Laban, citado por Suquet:

> Esse regime do instantâneo, próprio da vida moderna, comporta no entanto um perigo: oblitera a memória, não deixa que a experiência se sedimente. Daí um empobrecimento da vida sensorial e emocional, uma capacidade de relação ao mundo cada vez mais lacunosa (LABAN *apud* SUQUET, 2009, p. 525).

Nesse cenário, permanece o vazio, o qual revela um sujeito não mais interiorizado na ordem do pensamento, mas um ser "exteriorizado e performático" que carrega em si a marca do excesso que o impele para a ação, a qual se manifesta no domínio do corpo, antes de tudo (BIRMAN, 2012).

Nesse sentido, Birman nos alerta para o fato de que essa contemporaneidade marcada pelo excesso impele as individualidades para a ação, agora eleita como a mais eficaz maneira de se livrar do excesso. Ainda segundo Birman, citando Freud, se não houvesse essa possibilidade de eliminação do excesso por meio da ação, "as individualidades seriam possuídas pelo excesso, que as inundaria pela angústia" (FREUD *apud* BIRMAN, 2012, p. 82).

Retomando o tema da repetição, em suas considerações, Birman defende que:

> A compulsão é uma modalidade de agir caracterizada pela repetição, já que o alvo da ação não é jamais alcançado. Daí a sua repetição incansável, sem variações e modulações, que assume o caráter de imperativo, isto é, impõe-se ao psiquismo sem que o eu possa deliberar sobre o impulso que inevitavelmente se impõe (BIRMAN, 2012. p. 84).

Dentre as várias formas de se manifestar, na contemporaneidade, Birman destaca que a compulsão pode apresentar-se também sob a forma das toxicomanias. Para ele, as compulsões:

> Não se restringem apenas ao consumo das drogas ilegais produzidas e comercializadas pelo narcotráfico, mas incluem também as drogas legais e ditas medicinais, legitimadas pela medicina clínica e pela psiquiatria. Refiro-me aos psicotrópicos, que são receitados fartamente pelos clínicos de diferentes especialidades e pelos psiquiatras a fim de regular bioquimicamente o mal-estar dos indivíduos, além, é claro, dos diversos analgésicos de potência variável (BIRMAN, 2012, p. 86-87).

Entretanto, em nosso trabalho verificamos uma outra forma de compulsão: a compulsão pela beleza, pela busca da perfeição corporal. Trata-se do consumo compulsivo de técnicas de embelezamento estético, que pode ser exemplificada pelo seguinte excerto:

> **Excerto 69**
> Eu estava confiando no resultado que eu tive da cesariana, que ficou uma cicatrização assim, muito discreta, quase imperceptível, isso me encorajou a fazer a abdominoplastia. Eu vi que a cicatriz não tinha ficado da mesma forma que a cesariana havia deixado e isso me deixou realmente muito insatisfeita. Então o médico me fez a proposta de retirar essa cicatriz e fazer uma nova, né? Fazer a correção, o que ficou um pouquinho pior. [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

No excerto acima destacado verificamos, na fala da entrevistada [E1], agora analisada sob a perspectiva da compulsão, que sua busca incessante por um resultado, considerado por ela satisfatório, levou-a a submeter-se a uma nova abordagem cirúrgica, realizada sobre a mesma cicatriz inestética anterior. Tal intervenção, de acordo com um consenso entre paciente e médico, foi escolhida como uma possibilidade de solução para o resultado inestético indesejado. Há, portanto, por parte de [E1], uma compulsão, que se mostra no excesso de intervenções cirúrgicas a fim de resolver o que ela considera um problema.

A partir de tudo que foi dito até agora, pode-se afirmar que é o excesso que se encontra subjacente; pois, ao promover a hiperatividade, na ação, ele é “a condição de possibilidade da agressividade, da violência, da criminalidade e da compulsão”. Nesse sentido, o excesso está “no fundamento do mal-estar contemporâneo” (BIRMAN, 2012, p. 96). Ainda em relação aos excessos marcados nas falas de [E1], vejamos mais um trecho de sua entrevista:

> **Excerto 70**
> E aí, além de ter ficado maior, né, na tentativa de corrigir, eu achei que o resultado da segunda correção da cirurgia estética teria ficado pior do que o da primeira, então eu procurei os tratamentos alternativos, né? Clarear essa cicatriz, baixar o volume da cicatriz, e me incomoda, me incomoda menos do que as estrias, mas me incomoda [E1] – Cicatriz – cirurgia plástica.

Vemos, aqui, mais uma manifestação do excesso, na forma de compulsão caracterizada pela persistência na busca por novas formas corporais aceitáveis. Além disso, podemos ainda conjecturar que há, tanto por parte da paciente quanto de seu médico, certa banalização do ato cirúrgico, como consequência da necessidade de atenção a essa busca incessante por formas perfeitas. O mais interessante é que, apesar de todas as tentativas de [E1], por meio de cirurgias e também do que ela chama de "tratamentos alternativos", a cicatriz continua incomodando-a ("e me incomoda, me incomoda menos do que as estrias, mas me incomoda").

Nesse sentido, a produção e o consumo compulsivo, indiscriminados, entram na ordem da satisfação libidinal, como possibilidade de bem-estar. E é por esses mesmos caminhos que o corpo, então, assume papel de destaque como objeto de grandes e privilegiados investimentos, na busca desenfreada por satisfação, mesmo que, para isso, esse mesmo corpo possa vir a sofrer alguma forma de agressão. Vejamos, para terminar, o excerto 71, a seguir:

> **Excerto 71**
> Até eu chegar na faculdade, eu já tinha espalhado **um quilo de maquiagem** e, mesmo assim, eu não gostava, eu só tirava foto quando eu tava com um quilo de maquiagem no meu rosto, era um quilo mesmo, oh, eu não tô brincando, eu tinha muita, até hoje eu gosto muito de maquiagem, mas era uma coisa, assim, **era muita maquiagem! Mas era muita maquiagem,** era, eu tentava, assim, achar as melhores maquiagens que existissem no mundo! Porque, assim, que **eu passava tanta maquiagem** pra poder cobrir, e eu cobria mesmo! O rosto, ele parecia assim que não tinha mancha, só se a pessoa reparasse muito, só no final do dia, que a maquiagem já tava começando a sair, porque eu tentava procurar os melhores produtos, importados, **eu gastava muito dinheiro comprando maquiagem**, o meu dinheiro ia quase todo, que maquiagem importada é **muito cara!** [E12] (grifo nosso – Vitiligo).

Na tentativa de "esconder" as marcas cutâneas que, expostas ao olhar do(s) outro(s), causavam-lhe constrangimento, na época em que ainda cursava a faculdade, [E12] relata, na fala acima destacada, todo o seu grande investimento, não apenas de ordem financeira, mas também, como podemos verificar, de ordem emocional. O excesso se marca na fala de [E12] por meio das expressões negritadas (um quilo de maquiagem; era muita maquiagem!; eu passava tanta maquiagem; eu gastava muito dinheiro comprando maquiagem; muito cara), as quais indicam que [E12] via o uso que fazia da maquiagem como algo exagerado, fora do comum, mas, mesmo sabendo disso, continuava comprando "muita maquiagem". Há, portanto, um comportamento compulsivo, o qual surge como tentativa de "camuflar", de "esconder" a fonte da dor de [E12], causada tanto pela possibilidade de exposição das

manchas brancas, consequência do vitiligo, em seu rosto, quanto pelo possível registro dessas mesmas manchas em fotografias.

Neste capítulo, vimos, portanto, que a pele assume importante papel na constituição psíquica humana, não apenas naquilo que se refere às impressões sensoriais por ela captadas mas, também, no que se refere às suas características físicas particulares, uma vez que as relações que se desenvolvem entre psique e pele englobam grande parte dos elementos subjetivos que se apresentam na singularidade do ser, tais como as emoções, os sentimentos, as fantasias e os desejos.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho, buscamos, de certa forma, aproximar o saber e o fazer médicos de novos interlocutores, sem, contudo, abandonar os postulados que orientam as boas práticas médicas. Nessa perspectiva, procuramos promover o diálogo entre a medicina, particularmente a área da dermatologia, com perspectivas interdisciplinares, tomando como central a questão da memória em suas diferentes acepções.

Nesse percurso, consideramos consagradas teorias sociais para nos orientar na busca ao encontro de respostas às nossas questões de pesquisa, todas relacionadas ao papel desempenhado pela memória e pela presença de marcas e patologias cutâneas nos complexos processos de construção e constituição do sujeito, na contemporaneidade.

Os relatos subjetivos aqui analisados, nos pequenos segredos que eles revelam, nos conduziram a reflexões que nos ajudaram a compreender as mudanças que observamos nas relações atuais que se processam entre os sujeitos, entre si e entre o mundo contemporâneo. Relações essas que, como vimos, se caracterizam pela permanência do vazio existencial, apesar de todos os esforços engendrados e empreendidos por esses mesmos sujeitos na incessante busca da felicidade.

Tais esforços, conforme observamos em toda trajetória da pesquisa que deu origem a esta tese, se manifestam sob todas as formas possíveis acessíveis ao movimento e ao gênio humanos, tais como, por exemplo, o recurso dos excessos dirigidos ao corpo, tão bem estudados por pesquisadores tanto da área da psicologia social quanto da psicanálise.

Assim, o corpo, dada a importância e complexidade com que é investido na atualidade, é transformado em alvo predileto do discurso midiático que fomenta as novas modalidades do comportamento, nas quais predomina o regime do instantâneo, o qual se mostra incapaz de preencher o vazio da existência do sujeito contemporâneo e, em sua limitação, gera um sujeito que é cria de suas próprias escolhas rápidas, fundadas no efêmero, como por exemplo, na beleza circunstancial, buscada a partir do sonho de uma metamorfose impossível de ser completa, pois, nessa realidade, a única transformação possível é aquela que torna o corpo fonte de sofrimento e de dor, especialmente para aqueles que já o trazem “marcado”, “diferente”.

Na introdução deste trabalho, apresentamos nossa pergunta de pesquisa, a qual retomamos, nesse momento: há uma relação entre as marcas da/na pele e a memória? Se há, como essa relação se manifesta na/pela “fala” de pacientes dermatológicos? A partir dessa

pergunta/problema, elaboramos o seguinte objetivo geral: analisar a relação entre marcas da/na pele e a memória, através das “falas” de pacientes dermatológicos.

Nesse contexto, iniciamos nossa jornada em busca das respostas para as questões propostas, apresentando, na introdução, uma exposição detalhada dos nossos objetivos, do nosso campo de pesquisa, dos detalhes relativos aos aspectos metodológicos envolvidos em tal busca, e dos fatores motivadores deste trabalho.

Dando continuidade, no primeiro capítulo desta tese, apresentamos a relação que se estabelece entre pele, memória e corpo, ressaltando as características da pele normal e também as das patologias cutâneas encontradas nos pacientes participantes da nossa pesquisa, bem como as inter-relações que se operam entre aqueles e estas. Para isso, buscamos a ajuda de autores consagrados nas áreas, tanto no campo das ciências médicas, como no campo das ciências humanas.

Os argumentos desenvolvidos até aqui mostram que os processos de subjetivação e de produção de sentidos organizados pelos sujeitos cujas falas foram alvo de análises e reflexões, conforme observamos, confirmam a nossa hipótese norteadora inicial, na qual defendemos que as marcas da/na pele funcionam como indeléveis marcas de memória, as quais, de maneira incontornável e, por vezes, até com certa crueldade, se impõem como elementos que contribuem para constituição da subjetividade do(s) sujeito(s) marcado(s).

Nessa perspectiva, a contemporaneidade se nos apresenta caracterizada como a era do ganho de liberdades para modificar também o corpo marcado, apesar do seu complexo cortejo de incertezas, por meio de técnicas intervencionistas sedutoras que apontam para a possível, porém ainda incerta solução. Desejada solução que se manifesta no campo complexo das compreensões materializadas em pedaços de falas que revelam a memória das dores individuais relativizadas ou exacerbadas no convívio consigo e com o outro. Falas que deixam entrever, até mesmo no não-dito, na solidão do escondido indizível, expressões de sonhos e anseios de liberdade ou de libertação em relação à dor que acompanha cada um desses sujeitos marcados.

No segundo capítulo apresentamos as diversas formas possíveis de estereotipização dos sujeitos, que se manifestam no curso das relações sociais, no cotidiano dos sujeitos marcados. Nesse sentido, ainda buscando responder nossa questão/problema, desenvolvemos, análises e considerações acerca da pele e de sua relação com os estereótipos, mostrando de que forma tais estereótipos se mostram nos dados encontrados no *corpus* desta pesquisa. Com base nos dados, apresentamos algumas considerações sobre as relações que se estabelecem

entre os processos de estereotipização e os sujeitos, no decurso da vida dos seres humanos, na sociedade atual.

As análises realizadas mostraram, de um modo geral, as diversas e distintas manifestações que se desencadeiam a partir da experiência visual do outro diante da aparência de lesões cutâneas visíveis, de difícil camuflagem. A inevitável exposição destas também desperta, no sujeito alvo de tais atenções, desagradáveis sentimentos, comparáveis àqueles proporcionados por outros quadros de intensa dor física, conforme relato de alguns pacientes, durante a consulta dermatológica, com a diferença de que os primeiros, segundo eles, "doem mais na alma".

Nesse contexto, pudemos constatar, a partir das análises das falas, dentre outros aspectos, que os estereótipos podem, eventualmente, de certa forma, alcançar também aqueles que participam do convívio mais próximo do sujeito estereotipado, compondo o seu universo afetivo. Talvez tenhamos aí o registro, arriscamos afirmar, de mais uma fonte de preocupações e de sofrimento para o sujeito estereotipado, na medida em que ele percebe que a discriminação a ele dirigida pode atingir também os seus entes queridos, mesmo que estes não apresentem características corporais marcantes que os distingam dos demais, nos grupos sociais aos quais pertencem.

Frente ao quadro apresentado, consideramos que o conceito de estereótipo, tal qual se apresenta na contemporaneidade, está diretamente relacionado à forma como a sociedade, nos seus modos de existir, assimila, compartilha, distingue, seleciona e pré-julga determinados grupos sociais e, desse modo, impõe segregações, impedindo que os sujeitos escolham livremente a quais grupos querem pertencer, pois, na maioria das vezes, os sujeitos que apresentam marcas na/da pele, são estereotipados como "doentes"; uma forma de negação do outro e do direito de cada um à interação e à inclusão social, enquanto seres sociais, no devir de suas existências.

Por fim, no terceiro capítulo, mostramos como as marcas da/na pele relacionam-se com a questão do desejo e, consequentemente, com a constituição do sujeito do ponto de vista da psicanálise. Para tanto, recorremos às interações que se operam entre a pele, o inconsciente e o sujeito na contemporaneidade, seguindo os trabalhos de Freud e de Birman e mostrando como os conceitos apresentados por esses autores podem ser aplicados ao *corpus* deste trabalho.

Como mostramos logo no primeiro capítulo desta tese, a pele é o maior órgão do corpo humano, envolvendo-o e protegendo-o por completo. Ela permeia as primeiras relações da vida que acontecem no bebê e é a partir dessas relações iniciais que se dá a construção do

mundo interno do psiquismo, que ocorre, primeiramente, a partir do contato da criança com os pais, com início no primeiro ano de vida. Essas relações se configuram primeiramente através do tato, o qual permeia, por meio do toque, as sensações de carinho e de dor, dentre outras, mediando as trocas que se processam nas relações do eu com o mundo.

Ainda no que diz respeito à relação entre corpo (pele) e psiquismo, Freud defende que o ego é, antes de tudo, um ego corporal, uma vez que é pelas vias do corpo e da pele que o sujeito vai se constituindo como um ser. Assim, a pele pode ser considerada como o envoltório do "eu" e, nessa condição, delimita suas relações com o mundo exterior. Em razão desta posição de interface do indivíduo com o ambiente, a pele funciona como privilegiado campo de ação, onde se operam as tensões entre o exógeno e o endógeno, acionadas para os processos de elaboração física e psíquica. Nesse sentido pudemos concluir, em relação ao terceiro capítulo, que a pele assume importante papel na constituição psíquica humana, uma vez que as relações que se desenvolvem entre psique e pele englobam grande parte dos elementos subjetivos que se apresentam na singularidade do ser, tais como as emoções, os sentimentos, as fantasias e os desejos.

Além disso, a pele íntegra, normal, está socialmente ligada à noção da boa aparência e de beleza exterior. Por isso, as doenças dermatológicas produzem grande sofrimento, para além do físico, particularmente no psiquismo do sujeito que as apresenta. Nesse sentido, as condições dermatológicas desfigurantes, quando presentes, interferem sobremaneira na vida do sujeito, uma vez que, em sua condição de "marcado", ele pode desenvolver sentimentos de vergonha, de exclusão, de dor e de constrangimento, nas situações em que se expõe às outras pessoas, ao crivo do olhar do outro, no convívio social. Isso se dá por conta do aspecto estético desagradável que a condição patológica lhe confere – seja ela uma doença que se manifeste com descamação da pele (como é o caso da psoríase), ou que apresente cicatrizes e manchas (como no caso do lúpus) ou ainda que a faça perder pigmentação (como é o caso do vitiligo), dentre outras doenças da/na pele.

Todas essas condições patológicas e as consequências delas advindas produzem, como vimos nos excertos analisados, ainda em relação ao terceiro capítulo, muita dor naqueles sujeitos que são por elas (as doenças) acometidos. Trata-se de uma dor que, diferentemente do sofrimento, não pode ser, muitas vezes, simbolizada. E, mesmo quando o é, como nas falas das entrevistadas, vem sempre "mascarada" por um suposto tom de superação e de enfrentamento. Nesse sentido, podemos concluir com Birman quando ele assinala que a contemporaneidade se caracteriza pela dor: "a dor passou a ser o traço insofismável e inconfundível pelo qual o sujeito se confronta com o mal-estar hoje" (BIRMAN, 2012, p.

138). Essa dor, defende Birman, se manifesta em uma materialidade sensorial e, ao mesmo tempo, espacial, onde se fundem, “de maneira indissolúvel” (BIRMAN, 2012, p. 142). Essa dor, mostramos aqui, se marca no corpo (na pele), por meio da ação (maquiar-se, submeter-se a procedimentos cirúrgicos, tomar medicamentos que suavizam as marcas cutâneas etc.) e do excesso (excesso de maquiagem, de procedimentos cirúrgicos, de técnicas terapêuticas, de medicamentos etc.).

Nossas análises tiveram, portanto, como ponto de partida, a dor em um corpo marcado, manifestada nas falas dos pacientes dermatológicos, as quais, operando em conjunção com o trabalho de reconstrução e de reativação da memória, nos mostram, em sua expressão, que ainda estamos longe de esgotar as possibilidades de busca de compreensão do ser na contemporaneidade. Este, entretanto, revestido com todas as suas complexas variáveis, merece continuar a ser objeto de outras pesquisas, a fim de que possamos, talvez um dia, ao transpor as nossas próprias fronteiras, encontrar o nosso melhor lugar nesse mundo rico de possibilidades.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

AMAZONAWS. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAABqeEAC-0.jpg>. Acesso em: 2016

AMOSSY, R.; PIERROT, A. H. **Estereotipos y clichés**. Tradução Leila Gándara. 1. ed. 4. reimp. Buenos Aires: Eudeba, 2005.

ATLAS DERMATOLÓGICO. Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>. Acesso em: 2016

MÜLLER, M. C. Vitiligo e Autoestima. In: **Psicodermatologia: Pele, mente e emoções**/ Sociedade Brasileira de Dermatologia; [organização Roberto Doglia Azambuja, Tânia Nely Rocha].- 1. Ed.- São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. **Dermatologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BAECQUE, A. Telas: O corpo no cinema. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.;VIGARELLO, G. **História do corpo.** 3. ed. SP: Vozes, 2009. v. III.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BIRMAN, J.; KUPERMANN, D.; CUNHA, L. C.; FULGENCIO, L. (Org.) **A fabricação do humano:** psicanálise, subjetivação e cultura**.** 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembrança dos velhos**.** 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRUNELLI, A. F. Estereótipos e desigualdades sociais: Contribuições da Psicologia Social à análise do discurso. In: **Cadernos de Estudos Linguísticos** – (58.1): Campinas, p. 25-43 - jan./abr. 2016

CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico.** 6. ed. rev. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. **História do corpo.** 3. ed. SP: Vozes, 2009. v. I, v. II e v. III.

COURTINE, J. O corpo anormal: história e antropologias culturais da deformidade. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.;VIGARELLO, G. **História do corpo Vol. 3.** 3. ed. SP: Vozes, 2009.

DERMIS NET. **Dermatology Information System.** Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/>. Acesso em: 2016.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997 [1967].

ECO, H. **História da beleza.** Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2004.

_____. **História da feiura.** Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2007.

FITZPATRICK, T. B.; EISEN, A. Z.; WOLFF, K.; FREEDBERG, I. M.; AUSTEN, K. F. **DERMATOLOGIA EN MEDICINA GENERAL – Texto y Atlas – Tomos I e II**. 2.ed. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana, 1980.

FONSECA-SILVA, M. C. **Poder-saber-ética nos discursos do cuidado de si e da sexualidade.** Vitória da Conquista: Ed. Uesb, 2007a.

FONSECA-SILVA, M. C. Mídia e Lugares de Memória Discursiva. In: FONSECA-SILVA, M. C.; POSSENTI, S. (Org.). **Mídia e redes memória**. 1. ed. Vitória da Conquista: Ed. Uesb, 2007b. p. 11-37.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. RJ: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si**.** São Paulo, SP: Graal, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 39. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. (Ed. Original 1969).

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito.** 2. ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. Poder-corpo. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012. (Ed. Original 1979).

FREUD, S. **A Interpretação dos sonhos.** L&PM, 2013. v. I e v. II. **(**Coleção L&PM Pocket, v. 1060).

FREUD, S. **Os caminhos da formação dos sintomas**. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVI. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas). (Ed. Original 1917).

FREUD, S. **Os processos primário e secundário em Y.** Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas). (Ed. Original 1917).

FREUD, S. **O Ego e o Id.** Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas). (Ed. Original 1917).

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 24. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais** – morfologia e história. 2. ed. 2. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. (Ed. Original 1989).

GLOBAL SKIN ATLAS. Disponível em: <http://www.globalskinatlas.com>. Acesso em: 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. (Ed. Original 1963).

GOOGLE. **Cicatriz hipertrófica**. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=cicatriz+hipertrófica&client>. Acesso em: 2016.

HALBWACHS, M. **A Memória coletiva**. SP: Revista dos Tribunais; Vértice, 1990.

HENRIQUES, R. P. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos novos "sujeitos"? In: BIRMAN, J.; KUPERMANN, D.; CUNHA, E. L.; FULGÊNCIO, L. (Org.). **A fabricação do humano:** psicanálise, subjetivação e cultura**.** São Paulo, SP: Zagodoni, 2014.

ISAAC, A. R.; TOSTA, C. E. Influência do estresse e da ansiedade no paciente com psoríase. In: **Psicodermatologia**: Pele, mente e emoções/ Sociedade Brasileira de Dermatologia; [organização Roberto Doglia Azambuja, Tânia Nely Rocha].- 1. Ed.- São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos.** Tradução de Maria Lúcia Pinho. 2. ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008a.

JUNG, C. G. **O Eu e o inconsciente.** Tradução Dora Ferreira da Silva. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2008b.

LIPPMANN, W. **Opinião pública**. Tradução e prefácio: Jacques A. Wainberg. Clássicos da Comunicação Social. Petrópolis: Vozes, 2008. (Ed. Original 1922).

MARZANO, M. (Org.) **Dicionário do corpo.** 1. ed. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2012.

MESGRAVIS, L. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo,1599?-1884**: contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976. (Coleção Ciências Humanas, 3).

MICHAUD, Y. Visualizações: o corpo e as artes visuais. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.;VIGARELLO, G. **História do corpo Vol. 3.** 3. ed. SP: Vozes, 2009.

MONTAGU, A. **Tocar:** o significado humano da pele. 10. ed. São Paulo: Summus, 1988.

ORLANDI, E. P. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. 3. ed. Campinas: Pontes, 2008.

ORTEGA F.; ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PÊCHEUX, M. Papel da memória. In: ACHARD, P. et al. **Papel da memória**. Campinas: Pontes, 1999. p. 49-57. (Ed. Original 1983).

PEREIRA, M. E. **Imagens e significado e o processamento dos estereótipos**. São Paulo, SP: EPU, 2002.

QUEIROZ, M.S.; PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p. ISBN 85-85676-33-7. Available from SciELO Books. Acesso em: 2016.

RODRIGUES, J. C**. O corpo na história**. 2. reimpressão Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 198p. (Coleção Antropologia e Saúde).

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A**. Dermatologia**. SP: Artes Médicas, 2007.

SANT'ANNA, D. B. de. **História da beleza no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2014.

SANT'ANNA, D. B. In: SOARES, C. L. (Org.). **Corpo e história**. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

SITTART, J. A. M. C. **Dermatologia para o clínico.** 2. ed. São Paulo: Pires, 1998.

SUQUET, A. Cenas – o corpo dançante: um laboratório da percepção. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. **História do corpo.** 3. ed. SP: Vozes, 2009. v. 3.

VAZ, A. F. Memória e Progresso: Sobre a presença do corpo na arqueologia da modernidade. In: SOARES, C. L. (Org.). **Corpo e história**. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

Bibliografia consultada

ANZIEU, D. **O Eu-pele.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. **Ditos e escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Organização e seleção dos textos Manoel Barros de Motta; Tradução Elisa Monteiro. 2. ed. São Paulo, SP: Graal, 1971. p. 260-281.

GINZBURG, C. **Relações de força**: história, retórica e prova. Tradução Jônatas Batista Neto. São Paulo: Companhia da Letras, 2002. (Ed. Original 2000).

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S**. Pesquisa social**: teoria, método e criatividade**.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. SP: Ed. Unicamp, 2006.

MACEDO, R. S. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. 2. ed. Salvador: Edufba, 2004.

MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa formação**. Brasília: Líber Livro, 2006.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade**.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

NIETZSCHE, F. W. **Crepúsculo dos ídolos**. Tradução, notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

NOVAIS, F. A. (Coord.); ALENCASTRO, L. F.(Org.). **História da vida privada no Brasil**: império. SP: Companhia das Letras, 1997. v. 2.

PÊCHEUX, M. **O Discurso**: estrutura ou acontecimento**.** 4. ed. Campinas: Pontes, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Pele e memória na construção do sujeito.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS**: O motivo que nos leva a estudar a pele e suas marcas, presentes ao nascimento ou adquiridas é apresentar as relações entre as marcas na pele, a memória e sua importância na constituição do sujeito. De que maneira a "pele marcada" interfere nas relações sociais e na construção de identidades. A pesquisa se justifica pelo fato de que a pele, o maior órgão do corpo humano, é a primeira imagem de nós mesmos apresentamos ao outro, no convívio social. Assim, pretendemos pesquisar de que maneira suas alterações visíveis, sejam de cor, de textura ou de forma podem interferir nas relações entre as pessoas e na formação das identidades. Para a realização dessa pesquisa realizaremos a análise das falas dos pacientes obtidas através de entrevista individual, a ser realizada em momento que esteja de comum acordo entre o pesquisador e o paciente, sem nenhum ônus para ambas as partes. Não haverá exposição de detalhes da fala ou, ainda, da face ou outra parte do corpo que identifique o seu portador, de forma que não será possível a identificação da pessoa entrevistada, pelo leitor, em nenhum momento do trabalho. Apenas indivíduos adultos participarão da pesquisa, após seu consentimento. Não haverá coleta de materiais orgânicos, nem danos de ordem biológica aos participantes.**

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto ou momento que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) Dra. Edvania Gomes da Silva e o(a) professor(a) pesquisador(a) Médica Dermatologista e Profa.Ms. Maria Esther Ventin de Oliveira Prates certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar o(a) professor(a) orientador(a) Dra. Edvania Gomes da Silva ou o(a) professor(a) pesquisador(a) Maria Esther Ventin de Oliveira Prates nos telefones (77) 34259395, ou (77) 34246681 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - CEP/UESB, CAP - 1º andar, telefone (73) 3528 9727, sito à Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho -CEP: 45.206-510 - Jequié – Bahia.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data