

MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO

**DUALIDADE PULSIONAL E DOENÇAS AUTOIMUNES:
reflexões de vida e morte**

ASSIS

2022

MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO

**DUALIDADE PULSIONAL E DOENÇAS AUTOIMUNES:
reflexões de vida e morte**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

ASSIS
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP) Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

C268d Cardozo, Magda Arlete Vieira
Dualidade pulsional e doenças autoimunes: reflexões de
vida e morte / Magda Arlete Vieira Cardozo. Assis, 2022.
184 f.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

1. Doenças autoimunes. 2. Lupus eritematoso sistêmico.
3. Psoríase. 4. Pulsão de vida. 5. Pulsão de morte. I. Título.

CDD 155.937



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 02 dias do mês de dezembro do ano de 2022, às 13:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO, intitulada **DUALIDADE PULSIONAL E DOENÇAS AUTOIMUNES: reflexões de vida e morte**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / USP/Ribeirão Preto, Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis, Prof. Dr. MARCOS LEANDRO KLIPAN (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UEM/Maringá, Profa. Dra. MARIELE RODRIGUES CORREA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia Social / UNESP/FCL - Assis. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

*À Maya e aos meus que já se foram!
Aos meus que permanecem ao meu lado,
em especial, meu marido Luiz
e minha **irmã** Mara.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria, primeiramente, de agradecer à Maya e à Ioná, que se dispuseram a desvelar-se, possibilitando a construção dessa tese; sem elas, nada haveria...

Neste mesmo sentido, agradeço imensamente aos pacientes, que confiaram em meu trabalho enquanto psicóloga e que me permitiram configurar as hipóteses aqui discutidas, revelando-me suas dores, medos, angústias, desejos, alegrias, anseios e expectativas.

Ao meu orientador, Dr. Jorge, pela paciência, delicadeza, prontidão e apoio de sempre, qualidades que me foram indispensáveis nessa jornada.

À Dra. Audrey Setton Lopes de Souza pelos riquíssimos e potentes compartilhamentos durante as supervisões.

Às amigas Maria de Fátima Belancieri e Talma de Lucena Santos pelos imprescindíveis apoios técnicos quando mais precisei.

Aos meus docentes e aos colegas docentes pelas inestimáveis contribuições na construção diária, persistente, legítima e infindável do saber/conhecer.

CARDOZO, Magda Arlete Vieira. **Dualidade Pulsional e Doenças Autoimunes: reflexões de vida e morte.** 2022. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2022.

RESUMO

As Doenças Autoimunes são aquelas em que o sistema imunológico falha, atacando e destruindo células, tecidos ou órgãos saudáveis no próprio organismo, com causas desconhecidas para muitas das mais de cem dessas doenças já identificadas. Não há cura para tais doenças, apenas tratamentos que variam em sua eficácia e prejuízos colaterais, conforme a patologia, sua gravidade e quem adoece. Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo compreender as manifestações pulsionais nas Doenças Autoimunes por intermédio do estudo de pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico e Psoríase, abarcando duas participantes adultas, cada qual com uma das doenças referidas e ambas sem antecedentes genéticos de Doenças Autoimunes na família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se propôs a investigar aspectos do psiquismo humano que consideram a especificidade e subjetividade do indivíduo, mas que propiciem sistematizações de conhecimento acerca da generalidade da vida mental. Para tanto, a execução da pesquisa utilizou-se do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, com quatro Unidades de Produção realizadas com cada participante, separadamente, buscando investigar aspectos essenciais de suas dinâmicas psíquicas, tais quais seus recursos defensivos e capacidade elaborativa do ego. Complementando o Procedimento, realizou-se uma Entrevista Semiestruturada, individualmente, visando resgatar aspectos do ciclo vital e vivências importantes que auxiliassem na compreensão do processo de adoecer e seus enfrentamentos. A análise e a sistematização dos dados se deram por meio do referencial teórico psicanalítico, visando relacionar a dualidade pulsional e as Doenças Autoimunes. Constatou-se, nas Unidades de Produção elaboradas, precariedade na representação e simbolização das participantes, bem como grande fragilidade psíquica, indicando cisões importantes. As verbalizações durante o Procedimento e nas entrevistas realizadas confirmam esses dados e nos possibilitam verificar a ocorrência de eventos traumáticos com rupturas significativas de vínculos primordiais na infância dessas participantes, que sugerem ter configurado a impossibilidade de manter o sofrimento psíquico em níveis mentais, sendo necessária a comunicação dessa dor avassaladora por meio do corpo somático. Por fim, compreende-se que, em alguns pacientes com Doenças Autoimunes, quando não há antecessores genéticos na família nem explicações ambientais em seu desencadeamento, a dualidade pulsional

manifestou-se no corpo, caracterizando, ao mesmo tempo, tentativas de lidar com a dor e a busca pelo fim do sofrimento, tendo o corpo somático e o corpo das representações atuado juntos, defensivamente.

Palavras-Chave: Doenças Autoimunes. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Psoríase. Pulsão de Vida. Pulsão de Morte.

.

CARDOZO, Magda Arlete Vieira. **Pulsional Duality and Autoimmune Diseases: reflections of life and death.** 2022. 184 p. Thesis (PhD in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Assis, 2022.

ABSTRACT

Autoimmune diseases are those in which the immune system fails, attacking and destroying healthy cells, tissues or organs in the body itself, with causes unknown to many of the more than one hundred of these diseases already identified. There is no cure for such diseases, only treatments that vary in their effectiveness and collateral damage, depending on the pathology, their severity and who gets sick. In this sense, this work aimed to understand the drive manifestations in Autoimmune Diseases, through the study of people with systemic lupus erythematosus and psoriasis, encompassing two adult participants, each of them with one of the mentioned diseases and both without genetic history of the disease in the family. This is a qualitative research, which aimed to investigate aspects of the human psyche that consider the specificity and subjectivity of the individual, but that provide systematizations of knowledge about the generality of mental life. To this end, for the execution of this research, it was used the Procedure of Drawings-Stories with Theme, with four Production Units performed by each participant, separately, aiming to investigate essential aspects of their psychic dynamics, such as their defensive resources and elaborative capacity of the ego. Data analysis and systematization occurred through the psychoanalytic theoretical framework, aiming to relate the drive duality and autoimmune diseases. In the production units elaborated it was found precarious representation and symbolization of the participants, as well as great psychic fragility, indicating important divisions. The verbalizations during the Procedure and in the interviews conducted confirm these data and allow us to verify that there were traumatic events with significant ruptures of primordial bonds in the childhood of these participants, which suggest that they have configured the impossibility of maintaining psychic suffering at mental levels, making the communication of this overwhelming pain through the somatic body necessary. Finally, we understand that in patients with autoimmune diseases, when there are no genetic predecessors in the family or environmental explanations in its triggering, the drive duality manifested itself in the body, characterizing, at the same time, attempts to deal with pain and the search for the end of suffering, having the somatic body and the body of representations acting together, defensively.

Keywords: Autoimmune Diseases. Systemic Lupus Erythematosus. Psoriasis. Life Drive. Death Drive.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição das Participantes.....	67
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Primeira Unidade de Produção de Ioná.....	83
Figura 2 – Segunda Unidade de Produção de Ioná.....	86
Figura 3 – Terceira Unidade de Produção de Ioná.....	92
Figura 4 – Quarta Unidade de Produção de Ioná.....	96
Figura 5 – Primeira Unidade de Produção de Maya.....	127
Figura 6 – Segunda Unidade de Produção de Maya.....	129
Figura 7 – Terceira Unidade de Produção de Maya.....	131
Figura 8 – Quarta Unidade de Produção de Maya.....	133

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 AS DOENÇAS AUTOIMUNES.....	19
1.1 Considerações Semiológicas.....	19
1.1.1 <i>Lúpus Eritematoso Sistêmico</i>	<i>22</i>
1.1.2 <i>Psoríase.....</i>	<i>24</i>
1.2 Considerações Psicossomáticas.....	25
1.3 Considerações Psicanalíticas.....	31
2 AS PULSÕES DE VIDA E DE MORTE.....	43
3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	62
3.1 Justificativa.....	62
3.2 Objetivos.....	64
3.3 Método.....	65
3.3.1 <i>Fundamentação Teórica da Metodologia.....</i>	<i>65</i>
3.3.2 <i>Participantes.....</i>	<i>67</i>
3.3.3 <i>Instrumentos</i>	<i>69</i>
3.3.4 <i>Procedimentos.....</i>	<i>73</i>
3.3.5 <i>Análise dos Dados.....</i>	<i>75</i>
4 AS VÁRIAS FACES DAS ESTRATÉGIAS PSÍQUICAS DE IONÁ E MAYA.....	77
4.1 Sobre Ioná.....	78
4.1.1 <i>Unidade de Produção: Criança Saudável de Ioná.....</i>	<i>83</i>
4.1.2 <i>Unidade de Produção: Pessoa Saudável de Ioná.....</i>	<i>86</i>
4.1.3 <i>Unidade de Produção: Pessoa com Psoríase de Ioná.....</i>	<i>92</i>
4.1.4 <i>Unidade de Produção: Ioná Convivendo com a Psoríase.....</i>	<i>96</i>
4.1.5 <i>Interpretações Acerca das Quatro Unidades de Produção de Ioná.....</i>	<i>102</i>
4.2 Sobre Maya.....	119
4.2.1 <i>Unidade de Produção: Criança Saudável de Maya.....</i>	<i>127</i>
4.2.2 <i>Unidade de Produção: Pessoa Saudável de Maya.....</i>	<i>129</i>
4.2.3 <i>Unidade de Produção: Pessoa com Lúpus de Maya.....</i>	<i>131</i>

4.2.4 Unidade de Produção: Maya Convivendo com o Lúpus.....	133
4.2.5 Interpretações Acerca das Quatro Unidades de Produção de Maya.....	135
5 AS VICISSITUDES E OS DESTINOS DA DUALIDADE PULSIONAL.....	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS.....	164
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	182

INTRODUÇÃO

“Só nos curamos de um sofrimento depois de o haver suportado até ao fim.”
Marcel Proust

Com o conhecimento no campo das ciências humanas, especialmente o saber psicanalítico, sistematizado e produzido desde o século XIX, a compreensão de que o sofrimento psíquico pode levar ao adoecimento físico e/ou psíquico tem sido cada vez mais elucidado.

Freud (1976 [1915b; 1917; 1923]; 1996 [1914a; 1915a]) e Klein (1991 [1946-1963]; 1996 [1921-1945]), dentre inúmeros outros pesquisadores de quaisquer abordagens psicológicas, e não apenas a psicanalítica, relacionaram o sofrimento psíquico como causador de transtornos mentais e de comportamento, ainda que as explicações para esse processo sejam muito específicas a cada escola teórica.

Pesquisadores das Teorias Psicossomáticas conduziram suas discussões em torno da proposta de que o sofrimento psíquico pode levar ao adoecimento físico, ou seja, quando não há possibilidade de o sofrimento ser acolhido em níveis mentais e afetivos, o corpo poderia adoecer. Não diferentemente, as explicações aqui também variam conforme as Escolas de Psicossomática.

Aquelas que derivam da Medicina, conhecidas como Medicina Psicossomática, relacionam a somatização ao fato de o sofrimento psíquico alterar a imunidade do corpo e possibilitar às doenças um cenário orgânico mais propício (MELLO FILHO, 1988; 1992). Por exemplo, a simples manifestação do Herpes Labial quando o indivíduo está muitíssimo cansado, preocupado e/ou tenso, cujo vírus já estaria no corpo, mas se “aproveitaria” da baixa imunidade gerada por esses momentos conflitantes. Em níveis mais graves, teríamos uma “úlceras nervosa” e assim por diante.

Os teóricos das Escolas Psicossomáticas derivadas da Psicanálise (MARTY, 1993; 1998; VIEIRA, 1997; VIEIRA; CASTRO, 2010), discordam desse postulado, discutindo em seus estudos que muitos indivíduos em situações extremas de estresse e exaustão, por exemplo, em guerras, apresentavam pouco adoecimento físico. Pierre Marty (1993; 1998) aponta, então, que existiriam tipos de personalidades configuradas no desenvolvimento, que amalgamadas com fatores hereditários e/ou estimuladas por condições ambientais (como poluição ou radiação), gerariam quadros psicossomáticos, que iriam desde a cefaleia tensional até o câncer.

Pierre Marty pontua que o sofrimento psíquico não alteraria a imunidade, mas já teria sido a forma de adoecimento produzida pela dor psíquica, na medida em que modificaria a formação do psiquismo, inviabilizando a expressão do sofrimento por meios simbólicos e sua possível elaboração psíquica, podendo trazer um transtorno orgânico.

Tendo como pano de fundo esses aparatos teóricos psicanalíticos e psicossomáticos durante as atividades técnicas da pesquisadora enquanto psicóloga clínica e supervisora de estágio, conforme eram constatados vários diagnósticos de Doenças Autoimunes¹ que não eram congêntas nem encontradas em gerações anteriores, sendo muitas vezes até raras, mais considerávamos tais doenças como resultados de conflitos inter e intrapsíquicos.

Pesquisas recentes investigam a relação etiológica entre a diminuição da incidência de doenças transmissíveis nos países desenvolvidos e o aumento das doenças alérgicas e auto-imunes. A discussão deste tema na literatura médica sinaliza transformações significativas no entendimento da etiologia das doenças, de importância talvez equivalente à que ocorreu no século XIX, com o processo que conduziu à constituição da medicina moderna. (CZERESNIA, 2007, p. 25).

Na atuação clínica da pesquisadora ao longo de mais de vinte anos, identificou-se que muitos desses pacientes com Doenças Autoimunes (DAI) apresentavam aspectos psicodinâmicos e relacionais similares, demonstrando até mesmo dificuldades em sublimar, externalizar e/ou aceitar sua agressividade.

Dentre as várias possibilidades de Doenças Autoimunes, algumas tiveram grande papel na formação pessoal e profissional da pesquisadora. Já na graduação, a segunda paciente atribuída à pesquisadora nas práticas de Estágio em Psicologia Clínica, no ano de 1997, tinha Psoríase (o primeiro paciente era um jovem com crises de ansiedade). No entanto, naquele momento da formação da pesquisadora, essa doença era pensada como uma possível conversão de sintomas em personalidade histérica.

Muitos pacientes com Psoríase foram atendidos pela pesquisadora desde então, mostrando uma prevalência significativa da doença e um perfil de busca por psicoterapia por

¹ Após a Reforma Ortográfica Brasileira, que vigora no país desde 01/01/2009, a palavra *Auto-imune*, como era escrita até então, passa a ser escrita sem o hífen, ou seja, *Autoimune*, uma vez que pela nova regra o hífen não é mais utilizado em palavras formadas por prefixos (ou falsos prefixos) terminados em vogal e seguidos de palavras iniciadas por outra vogal (PAULO, 2009). Dessa forma, quando a pesquisadora utilizar essa palavra e quando as citações já ocorrerem após essa revisão, ela será grafada sem hífen, *Autoimune*, mas quando for referente a citações anteriores ou autores que mantiveram a grafia anterior, será encontrada como *Auto-imune*. Isso porque houve um período de adaptação de quatro anos às novas regras da Reforma Ortográfica Brasileira, findado em 31/12/2012, quando ambas as grafias ainda eram consideradas corretas.

parte desses indivíduos, configurando, gradualmente, uma nova forma de entender tal doença enquanto algo que extrapolaria a conversão de sintomas.

Nos últimos anos têm proliferado, nas publicações psicanalíticas, trabalhos que tratam do problema das manifestações psicopatológicas que se articulam, de diferentes formas, ao corpo. Não mais àquele corpo da histeria – corpo erógeno ou representado –, mas ao corpo biológico ou soma. Tal preocupação, evidentemente, encontra razão de ser na própria clínica contemporânea, quando se constata um aumento da incidência das patologias que, diferentemente das neuroses, ligam-se de algum modo ao corpo somático, seja pela via do adoecimento, seja pela predominância da ação (*acting*) em sua manifestação (Fuks, 2000). É assim que foram povoando as publicações psicanalíticas temas como as somatizações em geral [...] (FERRAZ, 2007, p. 66).

Pouco tempo depois da conclusão da graduação em Psicologia, uma colega da turma foi a óbito por Lúpus Eritematoso Sistêmico, o que teve grande impacto afetivo em todos que conviviam ou conviveram com ela. Essa perda acentuou o interesse da pesquisadora pelas Doenças Autoimunes, mas ainda do ponto de vista da prática clínica, e não enquanto objeto de estudo com fins de pesquisa, até mesmo porque sua Dissertação de Mestrado estava em andamento com outro assunto sendo tratado. O alto índice de desistência de psicoterapias ofertadas em instituições de saúde mental pública, tema pesquisado desde 1997, primeiramente em Iniciação Científica (1997-1998) e expandido para a Dissertação (1999-2002), compunha um núcleo de pesquisas com diversificados temas, correlacionando Psicanálise e instituições públicas de saúde mental, coordenado pelo Prof. Dr. Roberto Yutaka Sagawa.

Todavia, em meados de 2014, uma jovem mulher procurou psicoterapia porque estava grávida e havia sido diagnosticada com Lúpus Cutâneo, após aparecerem alterações em sua pele durante a gestação. Ela temia desesperadamente que essa doença evoluísse para Lúpus Eritematoso Sistêmico. Sua angústia era avassaladora e as preocupações com sua saúde e de sua bebê eram legítimas, pois até mesmo o parto poderia ser de risco para ambas.

Atualmente, mãe e filha estão bem, mas, a jornada da pesquisadora não seria mais a mesma após esse vínculo psicoterapêutico. Na época, a pesquisadora estava estruturando internamente um projeto de doutorado com o tema de sexualidade e gênero, pois, assim como muitos pacientes com Doenças Autoimunes contornavam a formação profissional da pesquisadora, pacientes homossexuais faziam o mesmo, sendo um trabalho muito intenso e produtivo, que sempre levantava questionamentos que valiam a pena ser pesquisados e compartilhados.

No entanto, a intensa vivência com a gestante mencionada, associada a todas as dificuldades, angústias, limitações, sofrimentos e incapacidades de outros pacientes da

pesquisadora² com diferentes Doenças Autoimunes, tais como Diabetes Autoimune Latente do Adulto; Tireoidite de Hashimoto; Doença de Crohn; Artrite Reumatoide; Doença de Still do Adulto; Doença de Behçet e Vitiligo, foi decisiva para firmar esse tema como objeto de estudo para o Doutorado. Também serviu para aprimorar a prática voltada aos pacientes, em especial aos portadores das duas doenças já destacadas, Psoríase e Lúpus, cuja prevalência na atuação da pesquisadora sempre se sobressaiu.

Algumas falas dos pacientes com Doenças Autoimunes foram cada vez mais ecoantes na trajetória profissional da pesquisadora e a inquietaram. Para ilustrar, seguem apenas dois exemplos, dentre inúmeros outros que poderíamos mencionar: um paciente com Psoríase que, no decurso do tratamento psicoterapêutico, começou a apresentar problemas intestinais, evacuando sangue, em uma sessão disse “*estou perdendo vida*”, referindo-se a esse sangue e aos diagnósticos inconclusivos; e a paciente com Doença de Still do Adulto, que após interromper tratamento, voltou muitos meses depois, demasiadamente angustiada, com autolesões e ideações suicidas. Certa vez, ela mencionou que dizia estar “*magdando*” para colegas quando comparecia às sessões, ou seja, estava *em terapia*: o que a psicoterapeuta Magda estaria *dando* para que, enquanto em tratamento, melhorasse consideravelmente, mas quando interrompia as sessões, voltava a ter a vida como insuportável?

Assim, discussões sobre Vida e Morte sempre foram muito presentes com esses pacientes, mesmo quando suas doenças não os ameaçavam letalmente, do ponto de vista orgânico, apesar de afetar significativamente a rotina, o bem-estar e demandar cuidados para que não agravassem e pudessem se tornar um risco efetivo à vida.

Conforme a pesquisadora buscava compreender toda a dinâmica psíquica de cada um de seus pacientes em particular, mais similaridades encontrava entre os pacientes que tinham Doenças Autoimunes, criando a hipótese de que o interjogo entre autopreservação e autodestrutividade, em termos de dualidade pulsional (FREUD, 1976 [1914b; 1915b; 1916]; 1996 [1914a; 1915a]; GREEN, 1988a; 1988b; 2022; KLEIN, 1991 [1946-1963]; 1996 [1921-1945]; DEJOURS, 1991; 1998; 2012; 2019), poderia ser o fator desencadeante das Doenças Autoimunes. Em outras palavras, tem-se como proposta de investigação deste trabalho que, nesses pacientes em especial, não foi apenas o sofrimento que se configurou e se expressou em doença orgânica, conforme os teóricos em psicossomática propõem, mas que, consciente ou

² Tanto os pacientes atendidos na clínica particular, quanto os usuários do Serviço-Escola do Centro Universitário de Adamantina, que eram acompanhados pela pesquisadora na qualidade de supervisora de estágio.

inconscientemente, a mente quis morrer para cessar o sofrimento e o corpo teria obedecido, iniciando esse processo de ataque ao próprio corpo em níveis defensivos.

As Doenças Autoimunes seriam aquelas em que os anticorpos produzidos pelo próprio organismo, em forma de proteínas que configuram o sistema imunológico do corpo humano no combate a microrganismos invasores, passariam a não reconhecer as próprias células do corpo e a destruí-las. Daí o nome *Doenças Autoimunes*, pois o sistema imunológico, que deveria proteger de doenças, ataca e destrói seu organismo saudável, configurando uma doença (VIGGIANO *et al.*, 2008). Compreende-se que há pacientes nos quais, mesmo não havendo herança genética, as Doenças Autoimunes claramente são desencadeadas por fatores orgânicos, por exposições radioativas, poluição, dentre outras.

Neste trabalho, a proposta seria a investigação de pessoas cujo adoecimento não se explica por fatores orgânicos e ambientais, sugerindo seu desencadeamento ocorrer a partir das relações objetais que o sujeito estabelece, até porque muitas Doenças Autoimunes têm causa desconhecida e não há cura, apenas tratamentos que variam em sua eficácia e prejuízos colaterais, conforme a doença e sua gravidade (VIGGIANO *et al.*, 2008; ABDO-AGUIAR; CASTRO, 2019; COSTA; SILVA-JÚNIOR; PINHEIRO, 2019; ORTIGOSA; LIMA, 2020).

O presente trabalho foi estruturado em capítulos, de forma a esclarecer, discutir e compreender as manifestações pulsionais nas Doenças Autoimunes. Para tanto, no primeiro capítulo caracterizam-se as Doenças Autoimunes, apresentando discussões teóricas que correlacionam tais enfermidades às explicações médicas, psicossomáticas e psicanalíticas.

No segundo capítulo realizam-se discussões em torno do desenvolvimento dos conceitos de Pulsão de Vida e Pulsão de Morte, enfatizando as convergências e divergências em torno deles. No terceiro capítulo fundamentam-se teoricamente e descrevem-se os instrumentos e procedimentos de coleta, sistematização e análise de dados da pesquisa, que foi realizada por meio do Procedimento de Desenho-Estória com Tema e Entrevista Semiestruturada, cujas análises e sistematizações se deram por meio da teoria psicanalítica.

No quarto capítulo são apresentados os resultados obtidos por meio dos materiais produzidos, suas discussões e apreciações acerca das 02 (duas) mulheres diagnosticadas com Doenças Autoimunes, que foram investigadas nesta pesquisa, sendo uma delas com Psoríase e outra com Lúpus Eritematoso Sistêmico.

O quinto capítulo contém a articulação das similaridades encontradas nas participantes, que permitiram reflexões em torno da relação entre dualidade pulsional e Doenças Autoimunes.

1 AS DOENÇAS AUTOIMUNES

*“Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida,
então, morrer também vale a pena...”*
Immanuel Kant

Levando-se em conta a complexidade que envolve as Doenças Autoimunes e a multicausalidade que será apresentada abaixo, compreende-se que é necessário primeiramente discutir as doenças do ponto de vista orgânico e aprofundar essa caracterização com as compreensões psicossomáticas e psicanalíticas discutidas atualmente, inclusive, pontuando pesquisadores em psicossomática e em psicanálise que se dispuseram a buscar esses conhecimentos, ainda que haja divergências e complementaridades nas discussões a serem apresentadas.

1.1 Considerações Semiológicas

O Sistema Imunológico Humano é complexo, na medida em que deve reconhecer o que é o próprio corpo, como seus tecidos, órgãos e células, bem como aquilo que entra no organismo e não é nocivo, mas benéfico, como os alimentos.

Um Sistema Imunológico funcional produz anticorpos sempre que algo estranho é detectado como ameaçador e pode iniciar o combate ao que seria, então, nocivo ao organismo, como fungos, bactérias, vírus e parasitas. No entanto, em alguns indivíduos, o Sistema Imunológico acaba falhando no momento de discernir entre o que é o próprio corpo ou um corpo estranho e benéfico do que é de fato estranho e nocivo, passando a produzir anticorpos que iniciam a destruição do próprio organismo, dando origem às Doenças Autoimunes.

As doenças auto-imunes são síndromes clínicas distintas caracterizadas por várias alterações na resposta imune normal, com perda da tolerância para constituintes do próprio hospedeiro. São divididas em sistêmicas e órgão-específicas. Dentre as doenças auto-imunes inflamatórias sistêmicas estão incluídas a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistêmico [...] (VIGGIANO *et al.*, 2008, p. 532).

As Doenças Autoimunes, assim como o câncer, doenças neurodegenerativas e algumas outras enfermidades, produzem processos biológicos de morte das células que ficaram conhecidos como *morte celular programada*, tratando-se da *autodestruição das células*, que pode ocorrer de várias formas, sendo chamada por alguns autores de *suicídio celular* quando se trata da apoptose (IRACHETA, 2007).

Entretanto, poderiam ser resultado de um processo saudável e natural do ecossistema ou ocasionado por diversos fatores, como doenças, fungos, bactérias ou traumas provocados por lesões (GABRIEL *et al.*, 2017). Tais fenômenos não são discutidos do ponto de vista psíquico, como estamos propondo neste trabalho, mas apenas de um ponto de vista orgânico.

Isto posto, seguimos caracterizando as Doenças Autoimunes, aproximando-nos do adoecimento pela perspectiva que pretendemos abarcar neste trabalho: adoecimento físico como expressão da dualidade pulsional e seus destinos.

Pesquisadores do Núcleo de Estudos de Doenças Auto-imunes (NEDAI) apontam 118 (cento e dezoito) Doenças Autoimunes. O NEDAI foi criado em 1992, dentre outros núcleos de pesquisas desenvolvidos pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, situada em Lisboa/Portugal, envolvendo mais de duzentos médicos e visando estudo e tratamento de Doenças Autoimunes (SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA, 2017).

A respeito das causas das Doenças Autoimunes, há ainda muito a ser pesquisado. É importante destacar que as pesquisas bibliográficas realizadas para discutir a causalidade dessas doenças frequentemente apontam a genética associada ao ambiente enquanto fatores predominantes, mas alguns autores acrescentam que suas origens não ficam claras e nem sempre há correlações específicas:

As desordens autoimunes compõem um grupo heterogêneo de doenças, cuja as causas não são totalmente compreendidas, envolvendo a interação de inúmeros fatores que regulam importantes vias moleculares e celulares do organismo e seu sistema imune que, quando comprometidas resultam na falha pelo organismo em sustentar tolerância às suas próprias moléculas em decorrência de fatores que incluem variantes como a genética, status hormonal, exposição a xenobióticos, patógenos, variáveis epigenéticas – relação da interação dos fatores genéticos com os fatores ambientais, dieta e estresse. (COSTA; SILVA-JÚNIOR; PINHEIRO, 2019, p. 93).

Alguns autores mencionam o conceito de “mosaico da autoimunidade” (ABDO-AGUIAR; CASTRO, 2019, p. 710), para descrever esta complexa e multifacetada causalidade e expressão das Doenças Autoimunes, por vezes até com variedades de comorbidades.

Uma vez diagnosticadas as Doenças Autoimunes, é possível reconhecer os sintomas, marcadores genéticos, alterações orgânicas e tratamento dessas doenças, ainda que as respostas ao tratamento variem de sujeito para sujeito.

Como nessa pesquisa propusemos abordar especificamente o Lúpus Eritematoso Sistêmico e a Psoríase, faz-se necessário que essas doenças sejam devidamente caracterizadas. Lembramos que elas foram escolhidas pelos motivos já descritos no que se refere à trajetória

profissional da pesquisadora, bem como pela frequente busca por psicoterapia apresentada por pacientes com tais diagnósticos. Além disso, são doenças bastantes recorrentes, o que possibilitaria mais participantes à pesquisa, se necessário, pois algumas Doenças Autoimunes são muito raras e dificultariam o acesso a elas.

Com relação à Psoríase:

A psoríase é relativamente comum e sua prevalência varia entre 0.5 a 11.4. No Brasil, é de 1.3%, variando entre 0.9 a 1.1%, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e 1.9%, no Sul e Sudeste. Acomete qualquer faixa etária, com maior incidência entre 30 a 40 anos e 50 a 70 anos, sem distinções quanto ao gênero. (ORTIGOSA; LIMA, 2020, p. 25).

Acerca do Lúpus:

No Brasil, não dispomos de números exatos, mas as estimativas indicam que existam cerca de 65.000 pessoas com lúpus, sendo a maioria mulheres. Acredita-se assim que uma a cada 1.700 mulheres no Brasil tenha a doença. Desta forma, em uma cidade como o Rio de Janeiro teríamos cerca de 4.000 pessoas com lúpus e em São Paulo aproximadamente 6.000. Por essa razão, para os reumatologistas, o lúpus é uma doença razoavelmente comum no seu dia-a-dia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2020, p. 4).

Ademais, não seria viável uma única pesquisa abordar todas as cento e dezoito enfermidades identificadas como Doenças Autoimunes, gerando uma multiplicidade de variáveis que impediriam uma sistematização válida e cabível cientificamente, no prazo em que se tem que concluir academicamente uma tese.

Contudo, poderiam ser abarcadas quaisquer Doenças Autoimunes, entretanto, as duas mencionadas foram escolhidas com gravidades, sistemas, órgãos e tecidos afetados diferentemente para dar uma pequena multiplicidade, no sentido dessa produção ser em relação às Doenças Autoimunes em geral, e não apenas uma doença, ao mesmo tempo em que delimita a pesquisa.

Poderíamos até realizar a pesquisa com apenas uma Doença Autoimune, entretanto, decidimos discutir ao menos duas, destacando que são doenças diferentes e em participantes diferentes, porém, com pontos em comum, que nos possibilitariam problematizar o papel da dualidade pulsional nas Doenças Autoimunes, independente da doença, mas considerando, acima de tudo, o sujeito e o processo de adoecimento.

1.1.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico

A Doença Autoimune Lúpus pode se manifestar de duas formas: *Cutânea*, cuja manifestação acomete a pele, sendo, ainda, fotossensível e desencadeando vermelhidão na pele do indivíduo, ou *Sistêmica*, que afeta um ou mais órgãos internos (SAMPAIO JÚNIOR *et al.*, 2020).

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) se caracteriza por um processo inflamatório crônico, que afeta frequentemente pele, articulações, rins e cérebro, – mas, pode afetar outros órgãos, como pulmões e trato gastrointestinal –, trazendo severos prejuízos aos sujeitos, por meio de sintomas como febre, perda de peso, queda de cabelos, anemia, pancreatite, hepatite, embolia ou hemorragia pulmonar, insuficiência renal, sangue na urina, dores nas articulações, artrite, erupção em formato de borboleta no nariz e bochechas, úlceras na boca, dentre outros.

Os pacientes não precisam necessariamente apresentar todos esses sintomas, que podem variar muito em gravidade e, inclusive, ser fatal. Acomete nove vezes mais mulheres que homens, sendo mais prevalente entre os 20 e 40 anos. Trata-se de uma doença

[...] caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. De etiologia não esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado à predisposição genética e aos fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos. (SATO *et al.*, 2002, p. 363).

Além de alguns exames laboratoriais que têm avançado recentemente, são adotados alguns critérios diagnósticos para determinar a doença:

Fundamenta o diagnóstico a presença de pelo menos quatro dos onze critérios, que são: eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais/nasais, artrite, serosite (pleuris ou pericardite), comprometimento renal, alterações neurológicas (convulsão ou psicose), alterações hematológicas como leucopenia, linfopenia, plaquetopenia e anemia hemolítica, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares, como o anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide. (XAVIER; ZANOTTI; RIBEIRO, 2013, p. 224-225).

Diante de tantos sintomas, percebem-se prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos, bem como impactos na sobrevida e mortalidade maior que a população em geral:

Além disso, o LES se configura como uma doença de distribuição universal cuja ocorrência vem aumentando nas últimas décadas, o que pode ser justificado pelos avanços em testes diagnósticos que permitem maior prematuridade na identificação da doença e pelo aumento da sobrevida devido ao tratamento iniciado precocemente na maioria dos casos. A prova disso é que em 1955 estimava-se uma sobrevida inferior

a 50% aos 5 anos, sendo atualmente superior a 90% aos 5 anos e entre 75 e 85% aos 10 anos. No entanto, a qualidade de vida desses pacientes permanece baixa e a taxa de mortalidade mantém-se 3 vezes superior à da população em geral. (SAMPAIO JÚNIOR *et al.*, 2020, p. 10305).

O tratamento do LES deve ser contínuo, visando controle, já que não há cura. Alguns sujeitos podem ficar sem medicação apenas em períodos de remissão da doença, mas com acompanhamento médico; todavia, alguns precisam de medicação ininterrupta. Além disso, requer uma participação ativa do paciente, já que os tratamentos e sua eficácia variam conforme o sujeito.

Em termos de medicações, engloba a utilização de corticoides³, de anti-inflamatórios não hormonais (visando controle do quadro articular crônico, de febres e de serosites leves e moderadas), de imunomoduladores⁴, de antimaláricos⁵ (como a hidroxicloroquina, por exemplo) e de imunossupressores⁶ (como a azatioprina, ciclofosfamida e micofenolato de mofetil).

O uso prolongado das medicações pode levar a prejuízos colaterais, que tendem a ser extintos ou minimizados com a suspensão ou diminuição do uso medicamentoso. Tais efeitos secundários são

[...] diminuição da capacidade física, alteração do ritmo de vida, desenvolvimento de conflitos e angústias, fatores que contribuem para fenômenos psíquicos, como a depressão além de outras patologias e desequilíbrios fisiológicos advindos da ação de fármacos em receptores diferentes de sua biofase. (SAMPAIO JÚNIOR *et al.*, 2020, p. 10305).

Com base em todo o exposto, caberá posteriormente entendermos como se manifestou o LES na participante da pesquisa, bem como a mesma compreende e vivencia seu adoecimento, desde os agravos em seu corpo, as limitações e adequações, até as intervenções necessárias e as respostas aos tratamentos.

³ Hormônios sintéticos produzidos em laboratório, visando regulação do metabolismo.

⁴ Caracterizam-se por substâncias cuja ação no sistema imunológico aumenta a resposta orgânica contra microrganismos, tais como os vírus, fungos, bactérias, fungos e protozoários. Isso ocorre pela produção de interferon (uma proteína produzida pelos leucócitos e fibroblastos para interferir na replicação de tais microrganismos) e seus indutores.

⁵ Medicações utilizadas no tratamento da Malária, mas, que se mostraram benéficas aos pacientes com LES, atuando nos níveis de colesterol e triglicerídeos (ROSSONI, 2011).

⁶ Inibem a atuação do sistema imunológico, reduzindo o “ataque” ao próprio corpo.

1.1.2 Psoríase

A Psoríase trata-se de

[...] uma doença inflamatória sistêmica de evolução crônica, com predileção pelo acometimento da pele e articulações. Na pele, caracteriza-se por lesões eritemato-descamativas múltiplas pelas quais podem formar placas. Acomete áreas de extensão e o couro cabeludo, e, em certas circunstâncias, a pele de maneira generalizada: eritrodermia. Nas articulações, ataca a inserção dos tendões, com dor e inflamação, seguindo-se de deformidade articular, principalmente nas pequenas articulações. [...] Apresenta caráter recidivante e pode levar a grandes repercussões clínicas sistêmicas, já que envolvem diferentes comorbidades. (MARQUES, 2009, p. 16).

Ortigosa e Lima (2020) acrescentam que os principais fatores predisponentes são: obesidade; tabagismo; consumo excessivo de álcool; variações climáticas; estresse psicológico e trauma, como o fenômeno de Koebner, ou seja, aparecimento de lesões cutâneas em áreas do corpo após ferida provocada por agentes mecânicos, químicos ou biológicos. Sobre sua causalidade, pode-se acrescentar:

Sua causa é desconhecida, embora muitos estudos indiquem que fatores genéticos e ambientais estejam envolvidos. Fenômenos emocionais são frequentemente associados ao aparecimento desta doença. [...] Assim como em diferentes outros tipos de dermatoses, na psoríase postula-se o envolvimento significativo de fatores emocionais na gênese e desenvolvimento da doença, o que tem sido estudado especialmente na abordagem psicossomática. (AZEVEDO; NEME, 2009, p. 308).

Os principais medicamentos dependem da gravidade da Psoríase e da região acometida, já que varia muito em grau, indo de leve à grave, podendo o tratamento ser por meio de: “Lítio; Interferon; Beta-bloqueadores; Antimaláricos; Anti-inflamatórios não-esteroidais; Tetraciclina; Terbinafina; Anti-TNF (efeito paradoxal) e Corticoesteroides (retirada abrupta).” (ORTIGOSA; LIMA, 2020, p. 26).

Podem ser indicados Emolientes; Ceratolíticos, como ureia e o ácido salicílico (cujo uso é limitado devido ao risco de intoxicação); Análogos à Vitamina D; Imunomoduladores tópicos e Corticoides tópicos (com ação antiproliferativa, imunossupressora, antipruriginosa, anti-inflamatória e vasoconstritora, caracterizando-se nas medicações tópicas mais usadas no tratamento da Psoríase, sendo propionato de clobetasol e dipropionato de betametasona). Há também indicações de fototerapia (BUENSE; LAZZARINI, 2020).

Os medicamentos podem apresentar efeitos desagradáveis, tais como atrofia da epiderme, surgimento de estrias, dermatite de contato, sensação de ardência e queimação no local de aplicação, prurido, eritema, manchas na pele e nas roupas (SANTOS; IANHEZ, 2020).

A qualidade de vida é fator relevante no processo de tratamento e intervenções psicológicas são indicadas como grandes aliadas nas estratégias de enfrentamento das Doenças Autoimunes e suas implicações biopsicossociais, bem como na amenização de sintomas e permanência na remissão (SILVA K; SILVA E, 2007; CAL, 2011; SHAH; BEWLEY, 2014).

Assim como no Lúpus ou demais Doenças Autoimunes, a Psoríase não tem cura, há apenas controle e períodos de remissão, que variam de acordo com cada sujeito em especial, sendo, então, posteriormente discutidas as sintomatologias e vivências na participante da pesquisa.

1.2 Considerações Psicossomáticas

Rubens Marcelo Volich (2004), no livro *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*, da *Coleção Clínica Psicanalítica*, traz uma retrospectiva de todas as formas de compreensão das doenças, desde a mais tenra antiguidade, fundamentada tanto nas experiências dos médicos de suas respectivas épocas, quanto nos seres mitológicos e divinos. Sua trajetória culmina no pensamento hipocrático como norteador das compreensões psicossomáticas, destacando que Hipócrates (460a.C.-375a.C.) proporcionou rigor científico à visão humanista e holística do adoecimento, considerando o processo evolutivo de desenvolvimento humano e as experiências ambientais na compreensão e no tratamento das doenças, já se contrapondo a uma visão organicista de sua época e que ainda perdura no século XXI.

Desde então, temos essas duas orientações da medicina, que foram tomando forma e continuam se ampliando até os dias atuais como resultados de várias influências, tais como o renascentismo e o método cartesiano: uma orientação com visão organicista e outra considerando o âmbito biopsicossocial do desenvolvimento humano e dos processos de adoecer e de se curar (ou não).

Durante todos os questionamentos que foram se propagando em torno da dicotomia mente/corpo e a importância cada vez mais posta da complexidade das doenças e da necessidade de serem considerados outros elementos, nasceu o *vitalismo* na Escola de Montpellier, cujas compreensões se fundamentam na “[...] *força vital* que se encontraria na origem da sensação, do movimento e da vida, sendo também responsável pela saúde e pela patologia” (VOLICH, 2004, p. 42, grifo do autor), surgindo o termo *psicossomática* pela primeira vez, em 1818, utilizado pelo psiquiatra alemão Johann Christian August Heinroth (1773-1843).

Avançando nesse percurso histórico, ao final do século XIX, Sigmund Freud (1856-1939) revoluciona a compreensão de saúde e de doença, que será explorada mais adiante. No momento, basta destacarmos que Freud tem grande influência na Psicossomática Psicanalítica pelas relações e discussões que realiza em torno do psíquico e do somático, essencialmente pela compreensão das instâncias psíquicas inconsciente e pré-consciente e pela importância dada aos sonhos, aos lapsos e ao imaginário.

Assim como Freud influenciava outros campos de saber, estava sendo influenciado por Georg Groddeck (1866-1934), com quem trocou várias cartas ao longo de anos. O médico alemão pontuava a aplicação do método psicanalítico em seus pacientes com doenças orgânicas e as conquistas que vinha adquirindo. Ambos tinham muitas divergências entre seus pontos de vistas, mas também houve trocas fecundas:

Apesar de Freud ter sido influenciado por Groddeck na adoção do termo ‘das Es’, o ‘id’ freudiano é essencialmente distinto do ‘Isso’ groddeckiano. Enquanto Freud caracteriza o primeiro como a parte mais primitiva do aparelho psíquico, sede das pulsões, o conceito de Isso em Groddeck recebe uma caracterização muito mais ampla. Groddeck utiliza o termo ‘Isso’ como um conceito capaz de abarcar tanto a força impessoal, que não conhece fronteiras espaço-temporais e que produz o indivíduo, quanto o próprio indivíduo em sua constituição psicossomática. (SANTOS; MARTINS, 2013, p. 12, grifo do autor).

Não pretendemos nos ater às diferenciações teóricas entre esses autores, pois, basta situarmos as influências que ambos tiveram entre si e em suas obras para culminarmos nos autores contemporâneos que fundamentarão nossas discussões.

Cabe apenas destacar que Georg Groddeck foi considerado o pai da psicossomática moderna com a obra *O Livro do Isso*, publicada em 1923. Groddeck se propôs a ampliar as discussões para além das práticas da psicanálise voltadas fundamentalmente às neuroses, retomando, ainda, problematizações acerca da dicotomia mente-corpo:

Eis a crítica de Groddeck ao pensamento dualista, crítica que evidencia que o autor jamais concebeu as enfermidades com as quais trabalhava como afecções psicossomáticas. Partindo do argumento exposto pelo autor nessa citação, a divisão entre doenças somáticas e doenças mentais é absolutamente equivocada. Só se poderia falar de doenças exclusivamente somáticas caso fosse possível conceber um corpo sem psique que fosse capaz de adoecer. Nesse caso hipotético, sim, poder-se-ia dizer que ocorreu um adoecimento sem a participação de qualquer elemento psicológico. Não obstante, sabe-se que só um corpo vivo, ou seja, em que há a presença de uma realidade psíquica, pode, de fato, adoecer. (SANTOS; MARTINS, 2013, p. 18).

Destaca-se, assim, a percepção holística de doença apresentada por Groddeck, que afirma ser psicossomática toda doença, não dicotomizando corpo-mente.

Além das contribuições de Groddeck, outros pesquisadores foram agregando conhecimentos em psicossomática, tais como Félix Deutsch (1884-1964), Flanders Dunbar (1902-1959) e Franz Alexander (1891- 1964), compondo a Escola de Psicossomática de Chicago, com sede em Viena, Berlim e Budapeste.

Para exemplificar, Franz Alexander e outros psicossomatistas passam a produzir e sistematizar argumentos em torno de que haveria tipos de personalidades que levariam a determinadas doenças orgânicas, pontuando todo um aparato teórico acerca dessa compreensão:

Com efeito, Alexander considerava que a musculatura com enervação voluntária poderia constituir o suporte de sintomas de conversão de tipo histérico; ora, tal como Freud sugeriu, estes sintomas resolvem, de forma patológica, um conflito interior. Em contrapartida, as neuroses do sistema visceral neurovegetativo seriam as concomitantes fisiológicas de certas emoções crônicas. As doenças psicossomáticas seriam consequência das enervações erradas crônicas, ligadas ao sistema neurovegetativo que prepara a luta ou a fuga em situações conflituosas difíceis [...] (JESUS, 2010, p. 8).

Um dos exemplos apresentados por Alexander acerca dessa proposição teórico-clínica seria com relação aos pacientes com Artrite:

Ele pensava, por exemplo, que pessoas com ‘personalidade reumática’ tendiam a reprimir a raiva e seriam incapazes de expressar emoções, o que as tornaria propensas a desenvolver artrite. Descreveu minuciosamente um grande número de transtornos físicos possivelmente causados por conflitos psicológicos, ajudando a estabelecer assim os pilares da medicina psicossomática (CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 23, grifo do autor).

Outros autores também descrevem quais seriam os tipos de personalidade e a quais doenças ou situações os sujeitos estariam suscetíveis a desenvolver ou experienciar ao longo de sua vida em decorrência dessas características psíquicas:

Cito por exemplo, o trabalho de F. Dunbar (1943) sobre o perfil de personalidade de 80% das vítimas de acidentes frequentes: impulsivos, saboreando a aventura, vivendo o presente, incapazes de controlar a sua agressividade, nomeadamente face aos representantes da autoridade; em contraposição aos indivíduos anginosos e coronários: ambiciosos, auto-disciplinados, pensando no futuro e capazes de adiar a satisfação das suas necessidades presentes em função de um objectivo visado. (JESUS, 2010, p. 8).

Volich (2004) tece uma reflexão em torno da necessidade de cuidados para não haver generalização desses postulados.

É preciso considerar que nem todas as pessoas que têm tais doenças apresentam o mesmo perfil de personalidade, tampouco os indivíduos com os mesmos perfis teriam a mesma

doença ou uma doença orgânica; há que se atentar cuidadosamente a cada pessoa e adoecimento em especial.

Diante de postulados tão radicais, houve divergências, mas também avanços no percurso da psicossomática, configurando em diferentes Escolas:

Os trabalhos da Escola de Chicago priorizaram sobretudo as relações entre a doença orgânica e certas características da personalidade. A Escola de Paris, rompendo com essa relação de causalidade direta, entre a eclosão de uma doença e as características de personalidade a elas associadas, foi bem mais além colocando em evidência o modo relacional dos pacientes somáticos e chamando a atenção para o fenômeno da dificuldade de mentalização. (FERNANDES, 2003, p. 21).

Em 1972, Pierre Marty (1918-1993), com a colaboração de Michel Fain, Michel de M'Uzan, Léon Kreisler, Cristian David e outros, funda o Instituto de Psicossomática de Paris, estabelecendo um aparato teórico em torno das hipóteses de precarizações psíquicas relacionadas ao desenvolvimento humano e aos eventos traumáticos como propulsores dos transtornos orgânicos. Para explicar tais proposições da Escola de Paris, Marty (1993; 1998) apresenta os conceitos de *pensamento operatório* e *mentalização* e desenvolve seu arcabouço teórico-clínico em torno das *Neuroses de Caráter* e *Neuroses de Comportamento*.

O *pensamento operatório* se caracteriza por um pensamento consciente com menos capacidade de simbolização e de fantasiar, sendo mais precarizado, com um nível arcaico de investimento psíquico; tais pessoas também apresentariam uma vida onírica empobrecida, destituída de subjetividade, exibindo o que Marty chamou de *sonhos crus*, sem elaboração onírica, dificultando, assim, a elaboração de conflitos e angústias.

A *mentalização* seria a capacidade de pensar, refletir e buscar estratégias de enfrentamento dos problemas e conflitos: quanto menor a capacidade de mentalização, ou *má mentalização*, como dizia Marty, maior a tendência à psicossomatização. “A mentalização diz respeito, portanto, à quantidade e à qualidade de representações.” (MARTY, 1998, p. 13).

Pierre Marty diferencia os pacientes que sofrem de doenças psicossomáticas dos pacientes que vinham sendo predominantemente estudados em Psicanálise, ou seja, com psiconeuroses:

Diferentemente das psiconeuroses (histeria, fobia, obsessões), nas ‘afecções psicossomáticas’ o inconsciente não entra em questão, na medida em que tais afecções não estão encadeadas à série de representações psíquicas inconscientes. Assim, o autor classifica tais afecções como lesões resultantes do plano pré-consciente, sob a ótica de uma falha nas mentalizações. (MORAIS, 2010, p. 34, grifo do autor).

Deste modo, Marty atribui importância primordial ao pré-consciente em seus postulados, considerando-o “[...] o lugar das representações e das associações existentes entre as mesmas.” (p. 15). Com esse intuito, caracteriza neste percurso as representações de palavras e as representações de coisas, destacando que as primeiras “[...] constituem a base essencial das associações de idéias” (p. 16), enquanto as segundas “[...] evocam as realidades vividas de ordem sensório-perceptiva.” (MARTY, 1998, p. 15-16). Tais representações de palavras e de coisas constituem o pré-consciente a partir do momento em que se ligam.

O autor ainda alia essa importância do pré-consciente com um desinvestimento do narcisismo primário, mencionando que há uma ausência de um equilíbrio narcísico de base nos transtornos somáticos, que estariam intimamente ligados à relação narcísica deficiente entre a criança e a mãe.

Marty também diferencia *Neuroses de Caráter* de *Neuroses de Comportamento*. Com respeito às *Neuroses de Caráter*, elas seriam estruturas neuróticas que variam conforme o nível de alterações do processo de mentalização, sendo

[...] o produto final de uma grande quantidade de representações de palavras no aparelho psíquico e da ocorrência de associações escassas entre as mesmas. Usualmente, um neurótico de comportamento possui uma emotividade primária e uma capacidade de simbolização restrita e, como consequência, tende a utilizar a ação como principal via de expressão dos movimentos inconscientes. (PERES; SANTOS, 2012, p. 49).

Nas *Neuroses de Comportamento* teria ocorrido uma precariedade no pré-consciente ao longo do desenvolvimento da criança, resultando numa fragilidade egóica, na má mentalização e em processos regressivos, que levariam ao risco maior de doenças orgânicas, devido a desorganizações internas progressivas. Tais desorganizações seriam resultado da incapacidade do indivíduo de se reorganizar psiquicamente, quando de traumatismos recorrentes. As doenças variam em gravidade conforme a desorganização do sujeito e sua pré-disposição.

É nesse sentido que, para os autores, tendo apenas o pensamento operatório à sua disposição, e, portanto, sem se beneficiar das possibilidades proporcionadas pela atividade fantasmática, o sujeito simplesmente ‘sofreria’ a realidade ao invés de vivenciá-la, ou seja, dela participaria apenas concretamente. Sendo desprovido de valor libidinal, o pensamento operatório também não permitiria a exteriorização da agressividade. (PERES; CAROPRESO; MELLO, 2019, p. 3, grifo do autor).

É importante ressaltar que Pierre Marty aponta a dualidade pulsional como válvula propulsora de movimentos evolutivos e regressivos no psiquismo:

A economia psicossomática de Pierre Marty se apoia em duas teorias: a dos instintos de vida e de morte e a do evolucionismo. No curso da evolução individual (como na teoria freudiana), se estabeleceria um ir e vir do sistema evolutivo e regressivo, que produziria pontos de fixação capazes de deter os movimentos regressivos no psicossoma. Os conflitos entre as pulsões são os motores do confronto entre os movimentos evolutivos versus os movimentos regressivos. (MELGARÉ, 2020, p. 133).

Marty (1998) ainda expõe que há duas formas das doenças se manifestarem, podendo ser *doenças a crises* ou *doenças evolutivas*. Como alguns exemplos das *doenças a crises* temos asma, úlceras e cefaleias. Tais doenças seriam resultado de conflitos que perturbam um indivíduo com boa mentalização, necessitando de movimentos regressivos para buscar elaboração, mas que não tendem a colocar a pessoa em risco, já que seriam reversíveis.

As *doenças evolutivas* são mais graves, podendo ser fatais, havendo fragilidade egóica e do pré-consciente, bem como má mentalização, que decorre de desorganizações progressivas. Podem, ainda, resultar da repetição das *doenças a crises*, que evoluíram conforme as desorganizações e vivências do sujeito.

Para Pierre Marty, as Doenças Autoimunes seriam *doenças evolutivas*: “As afecções somáticas que respondem finalmente às desorganizações progressivas se enquadram, em seu conjunto, no rol das doenças cardiovasculares, doenças auto-imunes e os cânceres.” (MARTY, 1998, p. 48). Sabemos que Marty evita as generalizações dessas propostas teóricas, cabendo se atentar a cada paciente em especial.

Aqui, entendemos ter atingido o objetivo da compreensão da Psicossomática acerca das Doenças Autoimunes, sendo crucial nos atermos às explicações psicanalíticas que, de certa forma, foram inspiração para a Psicossomática Psicanalítica.

Compreendemos que os postulados até aqui discutidos, mostram aspectos importantes que servirão de base para as discussões que serão realizadas em torno das produções das participantes, mas não atendem efetivamente à proposta deste trabalho.

Dessa forma, é necessária uma interlocução com um viés psicanalítico para que a complementaridade entre ambos os postulados nos possibilitem a construção das argumentações que seguirão, pois há aspectos essenciais trazidos pela Escola de Paris que fundamentaram avanços de alguns psicanalistas, que retrataremos no capítulo a seguir. Assim, os conceitos de Marty, somados aos avanços psicanalíticos, atendem à proposta deste trabalho.

1.3 Considerações Psicanalíticas

Diferentemente da Escola Psicossomática de Paris, que propõe discussões em torno do desencadeamento das doenças em termos de causalidades e funcionamentos psíquicos, na Psicanálise os estudos que abarcam pacientes com transtornos orgânicos, em especial o Lúpus Eritematoso Sistêmico e a Psoríase, deixam claro que não buscam abordar se o psiquismo é determinante nas Doenças Autoimunes, trazendo contribuições acerca da compreensão da dinâmica psíquica nesses pacientes e seus enfrentamentos e estratégias diante da angústia.

Nesses parâmetros de trabalho, podemos citar os pesquisadores Júlio Verztman (Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ), Teresa Cristina Carreteiro (UFF) e Marie-Claude Lambotte (Universidade de Paris XIII), que integram e coordenam equipes de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ desde 2003.

Os pesquisadores também compõem o NEPECC (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade), correlacionando melancolia e pacientes lúpicos e receberam financiamento da FAPERJ (Programa Primeiros Projetos), concedido ao Coordenador Júlio Verztman. Um desses projetos se chama *Patologias Narcísicas e Mundo Contemporâneo* e o outro *Comparação Clínica e Metapsicológica entre Pacientes Melancólicos e Portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico*.

Também participam desse Núcleo, por meio de parcerias, a Dra. Glória Araújo, pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ e, pelos Hospital das Clínicas da UFPE e Hospital Barão de Lucena de Recife (SUS - Recife), a equipe de pesquisa chefiada pela Dra. Gilda Kelner, que conta com os pesquisadores Dra. Suzana Boxwell e o Dr. Marcelo Bowman.

Esses pesquisadores investigam aspectos psíquicos semelhantes entre pacientes com Lúpus e pacientes melancólicos e, em especial, a relação que estabelecem com o tempo e o corpo. Seguem algumas considerações com base nos integrantes do NEPECC:

Antes de prosseguir, para evitar mal-entendidos, gostaríamos de esclarecer que não temos qualquer intenção de apresentar uma perspectiva sobre o corpo fundada numa relação de causalidade com o psiquismo, como desejam algumas investigações inscritas no campo da psicossomática. O foco da pesquisa não é verificar se o psíquico é causa de – ou determina – efeitos no corpo, ou vice-versa. (PINHEIRO *et al.*, 2006, p. 195).

Vejamos a discussão comparativa entre pacientes lúpicas e pacientes melancólicas, já que os autores encontraram similaridades no modelo narcísico de ambas, mas com diferenças importantes:

Nas pacientes portadoras de Lúpus eritematoso sistêmico (LES), entretanto, o corpo parecia expressar algo que os sujeitos melancólicos não seriam mais capazes de fazer. Características como a vivência da temporalidade achatada, a fixação da identidade em uma imagem sem perspectiva, a pretensão à univocidade da linguagem, entre outras, eram fatores marcantes encontrados nesses dois grupos de sujeitos [...] (PINHEIRO *et al.*, 2006, p. 194-195).

Outro aspecto apresentado seria a forma pela qual esses pacientes podem se sentir desprotegidos e sem esperança, na medida em que apresentam precariedade na percepção de temporalidade e, em especial, de como as relações que deveriam apresentar formas de interação e internalização simbólica de continência e apercepção de si e do outro se tornam sentidas como invasivas e ameaçadoras a partir do momento em que a velocidade dos acontecimentos e demandas externas é bem mais rápida que a capacidade de absorvê-la quando era ainda bebê.

A esse respeito, no artigo *Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: a vivência da temporalidade*, temos a seguinte discussão:

A própria vida parece destituída de qualquer razão. O esforço da existência é grande demais devido ao desgaste provocado pelas reações defensivas. Quando o ambiente não é competente o suficiente para fornecer uma proteção e um cuidado que tecem a continuidade da vida, todos os processos de desenvolvimento, inclusive a realização, ficam prejudicados. [...] O tempo passa a ser regido por uma outra lógica, distinta do fluxo passado-presente-futuro, comum à maioria dos sujeitos. (VERZTMAN *et al.*, 2007, p. 67-68).

Esses autores apontam que existe uma forma peculiar dos pacientes lúpicos estabelecerem conexão mente-corpo-tempo. Resta, então, discutir em nosso trabalho se é possível mostrar que essa diferenciação possibilitou o desencadeamento das Doenças Autoimunes em alguns pacientes ou se já trata do resultado das defesas psíquicas que também propiciam o surgimento das Doenças Autoimunes.

Encontramos, também, um Grupo de Pesquisas coordenado pela Profa. Dra. Roseane Freitas Nicolau, que é realizado na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) desde março de 2007. Uma destas pesquisas é a dissertação intitulada *Corpo, Feminino e Subjetivação: Uma Análise a Partir de Sujeitos Portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico*, de Jamile Luz Morais (2010).

Nela, a autora tece discussões que culminam na necessidade de diferenciar conversões de sintomas de transtornos orgânicos, a saber, que a conversão de sintomas revela conflitos que o psiquismo pôde simbolizar e manter em níveis afetivos, sendo passível de decifração e de interpretação, enquanto que os fenômenos psicossomáticos não puderam ser simbolizados e não configuraram uma linguagem inconsciente, sendo necessário manifestar-se no corpo.

Outras discussões importantes nessa pesquisa se dão com base no referencial lacaniano, que não abordamos neste trabalho. Entretanto não podemos deixar de mencionar que as reflexões de Moraes acerca de suas duas pacientes com LES despontam em suas impressões com base no Gozo de Lacan, destacando que esse conceito estaria atrelado ao de Pulsão de Morte de Freud. Ela pontua:

Ao fazer isso, o sujeito afetado por uma doença ‘psicossomática’ busca um tipo gozo que chega a ser mortífero, associado a pulsão de morte: o gozo do Outro. O gozo do Outro busca a morte, porque procura a eliminação total da tensão, objetivando uma satisfação pulsional plena, completa. [...] É a busca de satisfação que leva o organismo a retornar suas origens, ao estado de não vida. A pulsão de morte seria aquilo que está para além do princípio do prazer, ou seja, do gozo. É aquilo que, na tentativa de descarregar totalmente a tensão, acaba causando prejuízo e dor ao sujeito [...] (MORAIS, 2010, p. 80-81, grifo do autor).

Assim, Moraes se depara com vivências traumáticas dessas pacientes com fenômenos psicossomáticos (FPS) que não puderam ser simbolizadas e tiveram no corpo a comunicação da dor vivenciada, compreendendo-a tal qual este trabalho propõe discutir: como resultado de conflitos em níveis pulsionais. A autora acrescenta:

Paradoxalmente, do mesmo modo em que o gozo causa dor e sofrimento para a consciência, ele também causa satisfação ao inconsciente. No caso do sujeito acometido de uma lesão do tipo ‘psicossomática’, dizemos que este gozo não perpassa pelas leis da linguagem do inconsciente e, portanto, não é um gozo fálico, gozo norteado pelo simbólico. O sujeito com uma lesão ‘psicossomática’, ao invés de gozar pela via de um sintoma, através do gozo fálico, fica assujeitado ao gozo Outro, gozo do real do corpo. (MORAIS, 2010, p. 80, grifo do autor).

Por fim, a autora fundamenta suas percepções com base no trabalho de Assoun (1997 *apud* MORAIS, 2010), que considera o sujeito como submetido às defesas psíquicas em decorrência do sofrimento, indo rumo à morte:

O autor ressalta ainda que no FPS a pulsão de morte reina de tal forma a ponto do orgânico ‘esmagar’ o psíquico, fazendo com que ele aparentemente não existisse. Classifica ainda o FPS como se fosse um momento místico do corpo, no qual este se lança em direção à morte, sendo o próprio indivíduo o espectador de tudo isso. (MORAIS, 2010, p. 82, grifo do autor).

Mesmo sendo essas pontuações demasiadamente importantes, como não nos propusemos a discutir Lacan e isso seria necessário para aprofundar as reflexões de Moraes, nos limitamos a sinalar que há outros pesquisadores com enfoque em outra Escola Psicanalítica que coincidem com a proposta deste presente trabalho. No próximo capítulo aprofundaremos as discussões especificamente em torno da Pulsão de Morte aqui tangenciada.

É importante dizer que há outras produções sob a orientação de Nicolau, por exemplo, as dissertações de Ana Carla Silva Pereira (2010), *Homens que falam com o corpo: histeria de conversão ou fenômeno psicossomático?* e de Maria Ormy Moraes Madeira (2019), *Reflexões psicanalíticas sobre o fenômeno psicossomático*, que são desenvolvidas com fundamentações winnicottianas e lacanianas e que trazem reflexões acerca da psicossomática de uma forma geral, não especificamente acerca do LES e da Psoríase.

Com relação à Psoríase, encontramos estudos (FADDEN, 1993; MATOS, 1999; AZEVEDO, 2008; DIAS *et al.*, 2007; AURÉLIO, 2010; CALVETTI, 2014) que apresentam reflexões em torno do sofrimento expresso pela pele, elemento essencial na Psoríase, mas que não explicam isso do ponto de vista da dualidade pulsional. Há, ainda, autores que discutem as relações vinculares estabelecidas por pessoas com Psoríase (JORGE *et al.*, 2004; DIAS *et al.*, 2007; AZEVEDO; NEME, 2009; SOUZA; SEI; ARRUDA, 2010).

Iniciemos com uma breve consideração acerca da imunidade. António Matos (1999), no artigo *Psicanálise, Psicossomática e Imunidade*, aponta que haveria duas ordens de fatores nas doenças psicossomáticas:

1. A personalidade predisposta é uma variante específica da estrutura depressiva com um particular estilo de relação de objecto: Idealização objectal coadjuvada por incapacidade de ver ou intuir os aspectos negativos e *estranhos* do objecto.
[...]
2. Um dia, a realidade negada do outro, do objecto, adquire tal evidência que perfura o escotoma do sujeito. É o momento de queda da grande ilusão, quase delírio (uma delusão), que sustentava toda a vida e projecto de vida do predestinado à doença (MATOS, 1999, p. 13, grifo do autor).

Matos explica que observou características depressivas nos pacientes psicossomáticos, chamando esses episódios de *depressão falhada*, ou seja, uma depressão na qual não houve a possibilidade de elaborar a perda que, então, desencadeou no investimento afetivo reorientado para a raiva:

A raiva sem destino externo, acumulada no interior, emperra e perturba o funcionamento mental, funcionamento esse já anteriormente desorientado, atordoado, apático e menos adaptativo pela desilusão e pela não aceitação (recusa) da realidade

traumática. Por outro lado, a mesma raiva cria zonas de turbulência e desorganização homeostática, nichos ou redes onde se pode instalar o caos. Um dos *loci* de depressão e desorganização somáticas pode ser o sistema imune, com alteração das suas funções de defesa e/ou de cognição biológicas. (MATOS, 1999, p. 14).

Assim, para Matos, esse processo promoveria uma incapacidade em reconhecer os próprios afetos, restando sentimentos vagos e mal discriminados que iriam produzindo uma alexitimia que, por sua vez, propiciam as doenças psicossomáticas.

Para aprofundarmos nessa compreensão de Matos, começemos a compor reflexões em torno da formação da pele no desenvolvimento infantil, para entendermos, então, o adoecimento da pele segundo a psicanálise. Utilizemos primeiramente o artigo *Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico*, de Dias *et al.* para alguns esclarecimentos:

Sabe-se que a pele tem a mesma origem embrionária que o sistema nervoso (Azambuja, 2000; Ballone, Netto & Ortolani, 2002), o que permite iniciar a compreensão sobre como pode a pele, efetivamente, ser um importante meio de manifestação de conflitos internos do sujeito. Por conflitos internos aqui entenderemos algo proveniente das relações do sujeito com seu ambiente, desde o início da vida, sobre a qualidade das internalizações de objeto e como se apresenta na vida adulta, em termos da relação com esses objetos. (2007, p. 27).

Os autores ponderam que a pele revela as cicatrizes físicas e psíquicas, sendo difícil disfarçá-las. Essas cicatrizes vão sendo configuradas nas experiências do bebê ao longo de seu desenvolvimento, desde sua mais tenra idade, aquela na qual a criança vai sentindo o mundo ao seu redor, seu contato com as coisas e com as pessoas, que ainda lhe são indiscriminadas e muito fragmentadas.

A forma como essa criança é acolhida, cuidada e recebe continência do meio externo, bem como as angústias que permeiam sua vida, como as dores do desenvolvimento (fome, cólicas, enjoos), vão compondo um significado possível para ela naquele momento, contudo, tais percepções a acompanham ao longo de toda sua vida. Com base nesta perspectiva, façamos considerações acerca das relações vinculares e suas repercussões na pele.

O artigo *Reflexões sobre a relação mãe-filho e doenças psicossomáticas: um estudo teórico-clínico sobre psoríase infantil*, de Souza, Sei e Arruda (2010), contém uma importante discussão acerca da representação psíquica sobre as doenças de pele e seus agravos, destacando entre essas enfermidades a Psoríase, pontuando que a relação entre “[...] psique-pele envolve elementos psíquicos subjetivos, tais como emoções, sentimentos, fantasias e agressividade. De acordo com a intensidade desses elementos, a enfermidade cutânea torna-se a expressão objetiva de sentimentos.” (SOUZA; SEI; ARRUDA, 2010, p. 46).

Para explicitar como a pele revela os conflitos psíquicos, os autores mapeiam vários pesquisadores de referência no assunto:

Hoffmann et. al. (2005) destacam que a pele é um fator a mais a ressaltar o vínculo entre distúrbios emocionais e as doenças da pele. Winnicott (1990) afirma que a pele serve de limite entre eu e não-eu, entendendo-a como uma barreira que protege e que marca um lugar e um meio de trocas. Dependendo das circunstâncias, a pele pode ter a função dessa membrana limitante, como pode ser o local de manifestação de conflitos e emoções a partir de sintomas psicossomáticos. Anzieu (1989) pontua que a pele é o envelope do corpo, ao mesmo tempo em que é o envelope do psíquico. (SOUZA; SEI; ARRUDA, 2010, p. 46).

Aprofundando acerca das contribuições de Anzieu, em sua obra *O Eu-Pele* (1989), o autor apresenta nove funções para esse conceito, esclarecendo que a ordem apresentada dessas funções não “[...] obedecem a nenhum princípio classificatório rigoroso.” (ANZIEU, 1989, p. 111).

Uma delas seria a *manutenção do psiquismo*, pontuando que o Eu-Pele é uma “[...] parte da mãe – particularmente suas mãos – que foi interiorizada e que mantém o psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém, nesse mesmo tempo, o corpo do bebê num estado de unidade e de solidez.” (ANZIEU, 1989, p. 112).

Outra função seria de *continência* que, segundo o autor, é exercida essencialmente por meio do *holding* materno, já que a pele envolve todo o corpo, tanto somático quanto psíquico.

Uma terceira função seria a *pára-excitação*, que filtraria as estimulações externas, não permitindo um excesso nocivo ao bebê.

Na quarta função, o autor pontua que

[...] o Eu-pele assegura uma função de *individuação* do Self, que lhe traz o sentimento de ser um ser único. A angústia, descrita por Freud (1919), da ‘estranheza inquietante’, está ligada a uma ameaça visando a individualidade do Self por enfraquecimento do sentimento das fronteiras do Self. (ANZIEU, 1989, p. 117, grifo do autor).

Como quinta função está a *inter-sensorialidade*, ou seja, o “[...] Eu-pele é uma superfície psíquica que liga as sensações de diversas naturezas entre si e que as faz destacar como figuras sobre esse fundo originário que é o envelope tátil [...]” (ANZIEU, 1989, p. 118). O autor explica que se essa função não ocorrer a contento, resulta em angústia de fragmentação do corpo, além de prejuízo ao processo de simbolização.

A sexta função refere-se à *sustentação da excitação sexual*, isto é, como a pele é o órgão que capta o toque e as sensações decorrentes desse contato, deve funcionar como um “envelope da excitação”; no entanto, quando essa função não ocorre adequadamente, o contato

pode se tornar um “envelope da angústia” (ANZIEU, 1989, p. 118) e comprometer o desenvolvimento da sexualidade da criança.

Como sétima função temos a *recarga libidinal* do funcionamento psíquico, funcionando como

[...] manutenção da tensão energética interna e de sua repartição desigual entre os subsistemas psíquicos [...]. As falhas desta função produzem dois tipos antagônicos de angústia: a angústia de explosão do aparelho psíquico sob o efeito da sobrecarga de excitação (a crise epilética, por exemplo, cf. H. Beauchesne, 1980); a angústia do Nirvana, isto é, a angústia diante daquilo que seria a satisfação do desejo por uma redução da tensão a zero. (ANZIEU, 1989, p. 119).

Interessante considerar que, quando essa função falha, Anzieu entende que há uma angústia comparada ao Nirvana, tentando defensivamente ser reduzida a zero.

A oitava função seria de *inscrição dos traços* sensoriais táteis, isto é, a partir dos demais sentidos, seja em nível biológico (pelas sensações experimentadas na relação com a mãe, que lhe apresenta seu corpo e o próprio corpo da criança), seja em nível social (pelas marcas produzidas e compartilhadas, por exemplo, pinturas, maquiagens e tatuagens), a criança pode seguir interiorizando tais pictogramas e dando-lhes sentido, ao mesmo tempo em que cria e interage com eles.

Ao expor a última função do Eu-Pele, Anzieu tece discussões acerca de haver uma função a serviço de Tanatos, funcionando como uma *anti-função*, tencionado a *autodestruição* da Pele e do Eu. Para firmar suas discussões, Anzieu cita estudos em torno da rejeição (ou não) de órgãos recebidos por pacientes transplantados e culmina nas Doenças Autoimunes:

Os biólogos foram levados a recorrer, sem o saber, a noções análogas àquelas – o Self, o Não-Eu – que certos sucessores de Freud tinham criado para completar a segunda concepção tópica do aparelho psíquico. Em numerosas doenças, o sistema de defesa imunológico pode ser ativado, não especificamente, para atacar tal órgão do próprio corpo como se ele fosse um enxerto. [...] O exército celular é formado para rejeitar os tecidos estranhos - o *não-Self*, dizem os biólogos –, mas ele é às vezes suficientemente cego para atacar o *Self*, já que ele o respeita completamente em estado de saúde: daí as doenças auto-imunes freqüentemente graves. (ANZIEU, 1989, p. 120-121, grifo do autor).

Ao apontar essas constatações, o autor sinaliza sua percepção de que em pacientes com Doenças Autoimunes se deparou com um adoecimento que também entendeu como um resultado pulsional, assim como propomos discutir neste trabalho:

Como analista, fiquei surpreso pela analogia entre a reação auto-imune por um lado e por outro lado, o voltar sobre si da pulsão, a relação terapêutica negativa e os ataques

contra as interconexões em geral, e contra os continentes psíquicos em particular. (ANZIEU, 1989, p. 121).

O autor não fez mais discussões a esse respeito, no entanto, não podemos ignorar essa afirmação, que coincide com nossa proposta.

Em continuidade, vejamos outras colaborações acerca da pele novamente ligadas à Psoríase diretamente, como as trazidas por Diana Aurélio (2010), que em sua dissertação, intitulada *Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática*, nos apresenta discussões em torno de autores como Sami-Ali e Bion que, tal qual Anzieu, enfatizam a importância da figura materna para conter e “[...] transformar as experiências emocionais primitivas da criança.” (AURÉLIO, 2010, p. 15).

Aurélio resgata algumas funções do Eu-Pele, a saber, a de “envelope”, que contém todas as experiências do bebê, possível a partir dos cuidados ofertados pela mãe e de como ela foi interiorizada, fazendo a função de manutenção do psiquismo e a de permitir a representação do dentro e fora da criança.

A relação mãe-bebê de contato com a pele vai ganhando contornos e desdobramentos afetivos nos atos de amamentar, higienizar, acarinhar e ninar, ou seja, nas ofertas de cuidados que, obviamente, extrapolam a sobrevivência, caracterizando-se no estabelecimento de vínculos essenciais para o adequado desenvolvimento biopsicossocial. No entanto, vivências conflitivas podem comprometer esse desenvolvimento, trazendo consequências futuras, como uma identidade deficitária, pobre em fantasias, simbolismos e precária na expressão de afetos.

Aquém do processo de simbolização e da expansão do pensamento, o desenvolvimento da vida psíquica, bem como, a diferenciação somatopsíquica permanecem em descontinuidade (Matos, 1999). Quando a ligação entre o psíquico e o somático se encontra comprometida, a única forma de garantir a sobrevivência é através da organização de uma barreira ao nível das experiências e dos afectos que expressa a falta de continuidade corpo-mente do indivíduo psicossomático. (AURÉLIO, 2010, p. 17).

No artigo *Simbiose e Psoríase: Um Estudo Psicanalítico*, Azevedo e Neme (2009) discutem como o rompimento simbiótico entre mãe-bebê, pode ter contribuído com a psicossomatização da criança, no caso, com a Psoríase, utilizando-se do referencial teórico kleiniano nesta discussão.

Eles apresentam as considerações clínicas de uma criança que teria desencadeado a doença após falecimento da avó materna, que funcionaria como a figura de continência,

evidenciando a forma pela qual mãe e criança já se relacionavam, simbioticamente, e numa busca posterior de ajuste ao sofrimento, o adoecimento teria sido a resposta:

Nessa relação vincular, mãe e filha teriam encontrado alívio psíquico por meio da identificação projetiva cruzada, conforme explica Bleger (1977). A relação de dependência mútua tem esse propósito, pois, apesar de patológica, protege o ego da ansiedade e da angústia. É possível que o rompimento da relação simbiótica, desencadeado após a morte da avó da criança, por sobrecarga emocional, tenha provocado a dispersão dos conteúdos projetados (da mãe, projetados na filha, e da filha, projetados na mãe). Conforme esta compreensão, sugere-se que o processo de somatização da criança pode ser interpretado como a alternativa possível para o alívio parcial dos conteúdos conflituosos e não simbolizados. (AZEVEDO; NEME, 2009, p. 318).

É interessante que os autores tenham trazido a hipótese de que o adoecimento psíquico também foi vivido e acentuado na mãe, mas a criança teria psicossomatizado, destacando que:

Com o rompimento da relação simbiótica em andamento, começou a ocorrer a reintrojeção do objeto aglutinado. A mãe, conforme se observou, não suportou a reintrojeção de seus conflitos projetados na filha. Esses conteúdos psíquicos se dispersaram, aumentando o montante de ansiedade na mãe e na filha e acabaram por encontrar uma via somática de expressão e de escape na filha, que serviu como depositária dos conflitos da mãe ou, na linguagem de Bleger, como *buffer*, evitando a desagregação psicótica. Essa hipótese foi levantada a partir da observação de que a ansiedade da mãe começou a ficar descontrolada (ansiedade psicótica) conforme a filha melhorava e os sinais de pele da psoríase desapareciam. (AZEVEDO; NEME, 2009, p. 319-320).

Com relação à capacidade de simbolização, ela estaria prejudicada nos indivíduos que psicossomatizam, o que levaria à busca de outras formas (primitivas e não-verbais) de reconhecimento (ou o não reconhecimento e compreensão) e comunicação dos conflitos, ou seja, a doença em si. “Neste sentido, as emoções não reconhecidas são transmitidas ao corpo através de uma linguagem primitiva não-verbal originando uma desorganização física designada por sintoma psicossomático [...]” (AURÉLIO, 2010, p. 18).

Essa precarização também é percebida pela falha de integração entre soma e psiquismo, conseqüentemente afetando as demais funções do Eu-Pele, como a indiferenciação entre o dentro e o fora da criança.

Ademais, Maria Adélia Fadden (1993), em sua dissertação intitulada *Contribuições da Psicanálise Contemporânea para o Estudo das Manifestações Psicossomáticas*, ao abordar a Psoríase, a Rinite Alérgica Perene e Hipertensão Arterial Essencial, discute a relação mãe-bebê como essencial na integração, separação e individuação da criança e os prejuízos da

precariedade desse processo em termos de doenças orgânicas, por meio de entrevistas clínicas e aplicação do Rorschach:

A análise do resultado dos instrumentos utilizados revela que esses pacientes apresentam personalidade acentuada imatura, própria de indivíduos que não desenvolveram uma identidade própria. Apresentam funcionamento afetivo-emocional e intelectual bastante constrictos e atividade interna rígida e impessoal. Revelam poucos recursos subjetivos, os quais, são imaturos impedindo-os de desenvolverem papéis sociais mais diferenciados. Observam-se distúrbios específicos que se manifestam através dos bloqueios das reações afetivas-emocionais e pobreza de fantasia. Ao lado disso, a dificuldade em reconhecer e utilizar seus próprios sentimentos os impedem de localizarem-se, objetivamente, frente aos outros indivíduos. (FADDEN, 1993, p. IX/X).

Em consonância com Fadden, Jorge *et al.* (2004), no artigo *Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade*, destacam a contribuição de McDougall para esse trabalho:

Para a autora, essa forma de proteção estaria muito provavelmente ligada ao uso de defesas primitivas contra a emoção (negação, cisão, exclusão, identificação projetiva), mas muito mais direcionadas ao fenômeno psicossomático que psicótico. A contenção dessa fúria não direcionada à figura materna (auto-agressividade) retornaria, de forma inconsciente ao sujeito, na forma de adoecimento (p. 24).

Jorge *et al.* (2004) concluem o artigo pontuando a enriquecedora compreensão da demanda psíquica dos indivíduos com doenças na pele nos revelarem uma constante necessidade de cicatrização:

A partir da presente discussão, podemos desenvolver hipóteses sobre a psicogênese do adoecimento de pele, relacionando com o desenvolvimento inicial o registro impresso no sujeito para que, na vida adulta, venha a apresentar disfunções na barreira de proteção do eu. Porque os pacientes parecem apresentar uma falha que lhes traz a necessidade de estar em permanente regeneração; um estado de cicatrização, possivelmente das faltas impingidas num momento muito inicial do desenvolvimento. (p. 25).

Contrapondo essa disfunção na barreira e proteção, o autor esclarece que a doença de pele também se caracterizaria por um pedido de cuidados, pois as rachaduras concretas, não simbolizadas, na pele da pessoa com Psoríase são entendidas como representações das fendas nas relações pela precariedade nas limitações entre o indivíduo e as demais relações objetais, comunicando as percepções de ruptura, de cisão, deveras angustiantes e que precisam ser constantemente cuidadas.

Dentre as grandes contribuições psicanalíticas contemporâneas no campo dos cuidados aos pacientes com doenças psicossomáticas está a neozelandesa Joyce McDougall (1991; 1997;

2000; 2002) – muito bem lembrada por Jorge *et al.* –, que produziu obras importantíssimas, resultado de observações feitas em sua própria infância enquanto apresentava urticária diante da autoritária e intransigente avó paterna, chamada pela família de *Mater*. Tal apelido torna-se, inclusive, o título do primeiro capítulo do livro *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise* (2000), obra em que a autora esclarece o percurso que percorreu para compreender os fenômenos psicossomáticos.

As indagações e impressões de McDougall acerca de seu adoecimento foram amadurecidas em seu contato profissional com a Psicanálise e com seus pacientes psicossomáticos, além de ter estudado as teorias de Pierre Marty acerca do *pensamento operatório* e da *neurose de comportamento* e de John Nemiah e Peter Sifneos acerca da *alexitimia*⁷, culminando no seu conceito de *desafetação*.

McDougall (1991; 1997; 2000; 2002) discute os fenômenos psicossomáticos enquanto respostas defensivas diante de acontecimentos que extrapolaram a capacidade egóica de suportar o nível de angústia provocado. Desta forma, em caráter regressivo, o indivíduo retorna ao estágio de desenvolvimento psíquico dos primeiros meses de vida de um bebê. Nesse estágio, a distinção entre sujeito e objeto e a aquisição das representações das palavras ainda eram precárias, pois havia uma cisão entre psique e soma devido às angústias psicóticas que não puderam ser reconhecidas, tampouco elaboradas, necessitando ser comunicadas via corpo.

A autora enfatiza a importância da função materna ao longo do desenvolvimento da criança para que haja capacidade de tolerar tais enfrentamentos. Como o bebê é concebido no interior da mãe e ao nascer o corpo desta permanece com a importância fundamental de continência das angústias ao ser embalado e ninado para dormir, alimentar-se ou apenas acalmar-se, sendo sua “matriz psicossomática” (MCDUGALL, 2002, p. 9), é preciso que a criança possa aos poucos se diferenciar dela.

A psicanalista denomina esse processo de *dessomatização*, ou seja, há um grande investimento infantil para ter a mãe para si e sendo parte de si, e para separar-se dela: “[...] o bebê procurará, sobretudo nos momentos de dor física ou psíquica, recriar a ilusão da unidade corporal e mental com a mãe-seio, e por outro, lutará com todos os meios disponíveis, para dela diferenciar o seu corpo e o seu ser.” (MCDUGALL, 2002, p. 9).

⁷ A *alexitimia*, conceito essencial da Escola Psicossomática de Boston, seria uma palavra de origem grega e designaria a impossibilidade de se nomear, de se diferenciar os estados afetivos e expressá-los de maneira satisfatória.

Nos indivíduos que psicossomatizam não houve uma capacidade satisfatória durante esse desenvolvimento infantil de representar a si mesmo e ao mundo em palavras, e isso faria com que o afeto não fosse representado verbalmente, perdendo seu valor simbólico, sendo lançado para fora do psiquismo, e tendo na manifestação somática sua saída possível, ou seja, o indivíduo percorreria o processo de *desafetação*.

A *desafetação*, então, se caracteriza por um mecanismo de defesa que expulsa do psiquismo as possibilidades (percepções, fantasias e pensamentos) de se evocar afetos que são insuportáveis ao indivíduo, oriundos de vivências primitivas e angustiantes (ou traumáticas), sendo a somatização uma das formas de dispersão do material repellido, isto é, esses indivíduos não estariam sujeitos ao recalçamento⁸, mas sim à forclusão⁹.

Neste sentido, McDougall compreende que a *desafetação* visa a preservação da organização psíquica, se contrapondo às propostas de Pierre Marty de uma desorganização psíquica que levaria à psicossomatização. Ou seja, a psicossomatização seria uma tentativa de estabelecimento de equilíbrio para o corpo, um esforço para se proteger de ameaças por vezes destrutivas daquilo que não pôde ser representado e que demanda um sentido do afeto desencadeado. Tal mecanismo de defesa psíquico se torna referência atual na compreensão psicanalítica dos transtornos orgânicos.

Os trabalhos até agora descritos trazem contribuições indispensáveis enquanto fundamentações para as discussões que serão realizadas ao analisarmos os dados da pesquisa. Para demais trabalhos que fazem uma aproximação ainda mais estreita com nossas propostas, é necessário que focalizemos efetivamente os conceitos de Pulsão de Vida e Pulsão de Morte e, então, possamos dar início à correlação desses conceitos centrais em nosso trabalho: dualidade pulsional e Doenças Autoimunes.

⁸ Recalque seria o mecanismo psíquico de defesa que manteria afetos e pulsões em nível inconsciente.

⁹ Trata-se de um mecanismo psíquico de defesa da psicose que, ao rejeitar um significante na ordem simbólica da linguagem, retornaria como uma alucinação ou de uma forma significativamente negativa.

2 AS PULSÕES DE VIDA E DE MORTE

“O objetivo de toda vida é a morte”
Sigmund Freud

Desde que Sigmund Freud conhece as práticas desenvolvidas por Charcot no Hospice de la Salpêtrière, em Paris, em 1885, sua visão acerca de pacientes com histeria começa a tomar nova forma e culmina nas exaustivas produções freudianas desenvolvidas ao longo de seis décadas de trabalho, sendo consagrado o pai da Psicanálise.

Para explicar que os sintomas histéricos não tinham causa orgânica, tampouco eram farsas de pacientes teatrais, Freud (1996 [1914a]) vai construindo seus postulados teóricos visando explicar a conversão de sintomas, sendo encontrado um breve percurso histórico desses avanços em *A História do Movimento Psicanalítico*, onde estão descritas as contribuições dos primeiros cientistas na trajetória freudiana, tais como, Charcot e Breuer.

Apesar de a Psicanálise ter se iniciado em torno da histeria, as neuroses obsessivas, as psicoses e as perversões também vão ganhando contorno. Evidentemente, para tal, nem sempre há consenso entre os adeptos da Psicanálise, havendo as dissidências e diferentes formas de compreensão do funcionamento psíquico, em especial, com relação aos próprios conceitos de Pulsão de Vida e Pulsão de Morte (GAY, 2012; CHECCHIA; TORRES; HOFFMANN, 2015).

No processo de construção do tripé científico da Psicanálise e das compreensões das neuroses, primeiramente Freud nos apresenta o modelo topográfico, por meio do inconsciente, pré-consciência (Pcpt-Cs) e consciência (Cs), a primeira tópica.

A especulação psicanalítica tem como ponto de partida a impressão, derivada do exame dos processos inconscientes, de que a consciência pode ser, não o atributo mais universal dos processos mentais, mas apenas uma função especial deles. Falando em termos metapsicológicos, assevera que a consciência constitui função de um sistema específico que descreve como Cs. O que a consciência produz consiste essencialmente em percepções de excitação provindas do mundo externo e de sentimentos de prazer e desprazer que só podem surgir do interior do aparelho psíquico; assim, é possível atribuir ao sistema *Pcpt-Cs* uma posição no espaço. Ele deve estar na linha fronteira entre exterior e interior; tem de achar-se voltado para o mundo externo e tem de envolver os outros sistemas psíquicos. (FREUD, 1996 [1920], p. 35, grifo do autor).

Destaca-se que no inconsciente encontram-se essencialmente os conteúdos que estão recalçados, lutando para retornar à consciência, enquanto que no pré-consciente encontram-se os conteúdos que podem acessar a consciência, mas desde que submetidos aos mecanismos de

defesas psíquicos. Por fim, na consciência encontram-se representações psíquicas oriundas de informações externas e estímulos internos.

Se isso é assim, então, o sistema Cs. se caracteriza pela peculiaridade de que nele (em contraste com o que acontece nos outros sistemas psíquicos) os processos excitatórios não deixam atrás de si nenhuma alteração permanente em seus elementos, mas exaurem-se, por assim dizer, no fenômeno de se tornarem conscientes. Uma exceção desse tipo à regra geral exige ser explicada por algum fator que se aplique exclusivamente a esse determinado sistema. Tal fator, ausente nos outros sistemas, bem poderia ser a situação exposta do sistema Cs., imediatamente próxima, como é, do mundo externo. (FREUD, 1996 [1920], p. 36, grifo do autor).

Posteriormente, com a segunda tópica, Freud traz uma visão dinâmica do psiquismo, descrevendo as instâncias psíquicas Id, Ego e Superego. O Id seria o reservatório das energias psíquicas, cujos conteúdos são essencialmente inconscientes, resultados de heranças orgânicas instintivas e de processos de recalçamento.

O Ego seria a instância mediadora, adaptativa e defensiva entre id e realidade externa, tendo conteúdos conscientes e inconscientes. O Superego, por sua vez, seria o resultado das internalizações das proibições, dos valores morais e restritivos da sociedade, transmitidos pelas figuras paterna e materna, contendo, também, conteúdos conscientes e inconscientes (FREUD, 1976 [1923-1925]).

Freud configura, então, o sistema econômico do psiquismo e, para tanto, foi necessário explicar os mecanismos de defesas psíquicos, os afetos, as representações, os símbolos, os instintos e as pulsões. E, quanto mais avançava em suas explicações acerca da neurose, mais conceitos e processos psíquicos eram problematizados, como os Princípios de Nirvana, de Prazer e de Realidade.

Para fundamentar nosso trabalho, é preciso discorrer mais profundamente acerca desses Princípios e dos conceitos de instintos e pulsões.

Ao longo de sua obra, Freud fez várias discussões em torno de pulsões, instintos, angústia, afetos e desejos, que foram se modificando e complementando. Em *Os Instintos e suas Vicissitudes* (1976 [1916]), Freud buscou diferenciar o que seria inato e adquirido em um ser humano, pontuando, inclusive, as limitações a esse respeito, já que só podemos estudar uma pessoa quando já existe e está em relação com outro ser – sendo sua mãe o primeiro –, havendo uma dialética a esse respeito.

Eis algumas reflexões de Freud, ao buscar conceituar e caracterizar *instintos*:

Em primeiro lugar, do ângulo da fisiologia. Isso nos forneceu o conceito de um ‘estímulo’ e o modelo do arco reflexo, segundo o qual um estímulo aplicado ao tecido vivo (substância nervosa) a partir de fora é descarregado por ação para fora. Essa ação é conveniente na medida em que, afastando a substância estimulada da influência do estímulo, remove-a de seu raio de atuação. Qual a relação do ‘instinto’¹⁰ com o ‘estímulo’? Nada existe que nos impeça de subordinar o conceito de ‘instinto’ ao de ‘estímulo’ e de afirmar que um instinto é um estímulo aplicado à mente. [...] Obtivemos agora o material necessário para traçarmos uma distinção entre os estímulos instintuais e outros estímulos (fisiológicos) que atuam na mente. Em primeiro lugar, um estímulo instintual não surge do mundo exterior, mas de dentro do próprio organismo. (FREUD, 1976 [1916], p. 71, grifo do autor).

Freud ainda tece esclarecimentos acerca da constante e inevitável atuação do instinto, relacionando-o às necessidades humanas:

Um instinto, por outro lado, jamais atua como uma força que imprime um impacto momentâneo, mas sempre como um impacto constante. Além disso, visto que ele incide não a partir de fora mas de dentro do organismo, não há como fugir dele. O melhor termo para caracterizar um estímulo instintual seria ‘necessidade’. O que elimina uma necessidade é a ‘satisfação’. Isso pode ser alcançado apenas por uma alteração apropriada (‘adequada’) da fonte interna de estimulação. (FREUD, 1976 [1916], p. 72, grifo do autor).

Assim, instinto (*Instinkt*) seria inato e movido pela necessidade, algo automático no comportamento animal do ser-humano, envolvendo a busca pela obtenção de uma satisfação pontual, sem que haja escolha ou hesitação. Seria um representante psíquico situado entre o somático e o mental. E o que ocorre quando a alteração vem de uma satisfação inadequada ou insatisfação? Teríamos a formação de sintomas, que seria a apropriação que o Ego faria para defesa da angústia produzida, gerando a tendência à repetição.

O autor postula, então, bases orgânicas na gênese da angústia. E conclui que, uma vez formada, a angústia pode aparecer como reação às cenas traumáticas e ser depois repetida histericamente. Dessa forma, há uma angústia somática e outra psíquica, sendo a relação entre ambas não de exclusão, mas de complementaridade: a primeira justifica a forma e manutenção da segunda. Isto é, o substrato da angústia é sempre somático, o que pode ser somático ou psíquico é o fator que a desencadeia. (LOURENÇO, 2009, p. 104).

Haveria uma angústia que não cessaria, já que os afetos desencadeados não são passíveis de controle e defesa psíquicas, mas apenas as representações feitas a partir deles. Em continuidade a essa linha de raciocínio, Freud diferenciou ou aproximou instintos de pulsões

¹⁰ A palavra alemã *Trieb* utilizada por Freud no manuscrito original de *Os Instintos e suas Vicissitudes* (1976 [1916]), foi traduzida como *instinto* no lugar de *pulsão*.

(*Trieb*), conforme encontrado no artigo *O Conceito De Pulsão De Morte na Obra de Freud*, de José Gutiérrez-Terrazas, na qual haveria uma dualidade na conceituação, como se de:

[...] *um lado* — o pulsional estivesse diferenciado do instintivo e, com o conceito de pulsão, sua obra claramente desse conta de uma dinâmica psicosssexual como origem do conflito psíquico, *por outro lado*, no entanto, durante seu trabalho de conceituação sobre a pulsão [...] em seu pensamento a propósito dos fundamentos da psicosssexualidade foi-se gerando uma mudança muito importante, que ajudou a voltar a uma concepção endogenista por excelência da sexualidade; isto é, uma concepção claramente instintivista, ao ponto de o instinto ancorado na filogênese não deixar de assediar e atormentar o pensamento freudiano. Assim, pois, na obra de Freud, temos um movimento contraditório a propósito da pulsão, já que, ao mesmo tempo que esta é separada e arrancada do instintivo [...] o endógeno instintivista é reintroduzido no pulsional. (GUTIÉRREZ-TERRAZAS, 2002, p. 92, grifo do autor).

É importante destacar que neste trabalho manteremos as distinção e aproximação usadas entre os termos *pulsão* e *instinto* conforme exposto acima e alicerçados no exaustivo trabalho de Érico Campos (2004) acerca do tema, culminando na seguinte conclusão a respeito da polêmica traçada em torno das traduções desses conceitos, onde há divergências entre as versões inglesas e francesas:

Defendi a relatividade da cisão entre a pulsão como especificamente humano, objeto da psicanálise, e o instinto como seara das ciências biológicas. Essa cisão é uma visão contemporânea que não acompanha o conceito freudiano. O ponto central é o fato da pulsão ser um conceito que transcende as noções da biologia e do romantismo do século XIX, mas, que não é compreensível uma vez destacado de seu contexto de emergência. Outra ambigüidade envolvendo o conceito de pulsão é a discussão sobre relação entre os representantes psíquicos e a fonte somática, um eixo central para qualquer abordagem do assunto. Optei pela posição que articula em um eixo crescente o somático, a pulsão e o psíquico, pois é mais condizente com a teoria metapsicológica. (CAMPOS, 2004, p. 40-41).

Isto estabelecido, damos continuidade acrescentando que Freud diferencia pulsões de ego de pulsões sexuais e, também, Pulsões de Morte e de Vida. Para Freud, as pulsões de ego visavam defender o próprio ego, o sujeito em si, enquanto que as pulsões sexuais buscavam a preservação da espécie e a satisfação sexual, compondo a primeira Teoria das Pulsões. Contudo, em 1920, com a obra *Além do Princípio do Prazer*, Freud faz uma revisão de sua Teoria da Pulsões, mostrando inquietude quanto aos aspectos opostos e a dualidade que as pulsões trariam, sendo o primeiro momento em que o conceito de Pulsão de Morte é de fato discutido (FREUD, 1996 [1920]).

Ao rever a Teoria das Pulsões, Freud mantém as pulsões do ego e as pulsões sexuais enquanto integrantes da Pulsão de Vida, mas inicia reflexões em torno da Pulsão de Morte.

Enquanto a Pulsão de Vida conduziria à ação, ao investimento e à unificação, a Pulsão de Morte conduziria à inanição, tendendo à busca pelo inorgânico, ao desinvestimento absoluto, sendo regida pelo “Princípio de Nirvana”, ou regendo-o. Além disso, Freud passa a considerar que a busca pela homeostase seja instintiva e não pulsional e destaca que as Pulsões estariam situadas entre o somático e mental, cuja dualidade em conflito produziria uma angústia primordial (FREUD, 1996 [1920]).

Historicamente, a primeira vez em que se menciona a Pulsão de Morte foi em 24 de abril de 1907, porém, essa breve menção não sistematiza efetivamente sua ação no psiquismo, ela é apenas apresentada; e, mesmo nessa reunião, o conceito já gera diferentes pontos de vistas entre os presentes.

Tal reunião integrava os encontros que tiveram início em 1902, formando a Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras, composta por médicos, escritores e educadores, presidida por Freud, cujas atas são publicadas em português apenas no ano de 2015, na obra *Os Primeiros Psicanalistas: Atas da Sociedade Psicanalítica de Viena 1906-1908* (CHECCHIA; TORRES; HOFFMANN, 2015).

Deste modo, toda polêmica e controvérsia em torno do conceito de Pulsão de Morte se deram a partir de *Além do Princípio do Prazer*, principalmente se considerarmos que Freud havia perdido uma filha recentemente e vinha se deparando sistematicamente com as mazelas promovidas em larga escala pela Primeira Guerra Mundial, em especial, pelos veteranos de guerra que estavam sendo atendidos.

Assim, é compreensível que tais vivências de Freud se tornaram munição argumentativa para que os demais psicanalistas começassem a refutar e ignorar o conceito de Pulsão de Morte.

Antes desta obra, Freud vinha consistente e constantemente discutindo que a mente era regida pelo Princípio do Prazer enquanto mecanismo primário, ou seja, estava sempre à procura do prazer, evitando o desprazer. Para Freud, quanto mais estímulos excitatórios uma pessoa tivesse, menos prazer ela teria e vice-versa, então, o psiquismo visava manter um nível de excitação muito baixo, ou pelo menos constante, almejando uma homeostase (FREUD, 1996 [1920]).

Com a publicação de *Além do Princípio do Prazer*, Freud comunica que encontrou em sua experiência profissional processos mentais que não pareciam regidos pelo Princípio do Prazer, apresentando-nos à *compulsão à repetição*, com base na necessidade psíquica de reviver

situações intensamente conflitivas, observadas nas brincadeiras da infância¹¹, nas atividades oníricas, nas persistentes lembranças enquanto acordados, nas relações estabelecidas na vida adulta (estas, chamadas de *compulsão do destino*) e até na análise.

Freud acabou por rever até mesmo a teoria dos sonhos, incluindo discussões acerca da neurose traumática e “neuroses de guerra”¹², cujas cenas traumáticas são revividas em pesadelos e em escolhas de novas relações objetais em que ensejam os mesmos teores traumáticos, ou seja, o psiquismo insiste em reviver algo desprazeroso. Nesse sentido, o desprazer é entendido como o aumento da excitação psíquica e a repetição seu funcionamento de busca de elaboração.

Em 1920, Freud afirma que, somente após certo grau de ligação, é que tal energia pode ser descarregada e o prazer, identificado nessa descarga, pode ser experimentado e estabelecido como princípio. A falha nesse processo de ligação desencadeia a compulsão à repetição que, por sua vez, é justamente o mecanismo que indica a Freud os dados para nomear a pulsão de morte. (LOURENÇO, 2009, p. 102).

Para Freud, o fator surpresa, o terror vivido desavisadamente, sem que se preparasse para ele, impossibilitou a vinculação às representações e à angústia, inviabilizando sua elaboração. A repetição em sonho e em vida busca exatamente a produção de angústia para preparar para o traumático e possibilitar novas vinculações e representações, ou seja, o resignificar e elaborar.

Neste contexto, Freud passa a sistematizar e discutir o conceito de Princípio da Realidade:

Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio do prazer é substituído pelo *princípio da realidade*. Esse último não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer. Contudo, o princípio do prazer persiste por longo tempo como o método de funcionamento empregado pelos instintos sexuais, que são difíceis de ‘educar’, e, partindo desses instintos, ou do próprio ego, com frequência consegue vencer o princípio da realidade, em detrimento do organismo como um todo. (FREUD, 1996 [1920], p. 20, grifo do autor).

¹¹ Freud apresenta sua observação acerca de uma criança de um ano e meio de idade (hoje sabe-se que se tratava de seu neto) brincando, de forma que ficou conhecido como *Jogo do Fort-Da: Fort* sendo traduzido por “*Partiu*”, e *Da* sendo “*Ali*” (FREUD, 1996 [1920], p. 26), entendendo ser a vivência máxima de desamparo experimentada cada vez que a criança percebe sua cuidadora se ausentando de sua presença e comemora seu retorno, e o faz lançando os brinquedos e os recebendo de volta, como vivência simbólica na qual tem controle.

¹² Essencialmente fundamentada no trabalho com veteranos que retornavam da Primeira Guerra Mundial e insistiam em ter pesadelos com as vivências traumáticas (FREUD, 1996 [1920]).

Freud encerra o primeiro capítulo dessa obra explicando como começa a compreender os Princípios de Prazer e de Realidade funcionando mutuamente, mas ainda há muito a ser discutido pelo autor nos próximos capítulos:

A maior parte do desprazer que experimentamos é um desprazer *perceptivo*. Esse desprazer pode ser a percepção de uma pressão por parte de instintos insatisfeitos, ou ser a percepção externa do que é aflitivo em si mesmo ou que excita expectativas desprazerosas no aparelho mental, isto é, que é por ele reconhecido como um ‘perigo’. A reação dessas exigências instintuais e ameaças de perigo, reação que constitui a atividade apropriada do aparelho mental, pode ser então dirigida de maneira correta pelo princípio do prazer ou pelo princípio da realidade pelo qual o primeiro é modificado. Isso não parece tornar necessária nenhuma limitação de grande alcance do princípio do prazer. Não obstante, a investigação da reação mental ao perigo externo encontra-se precisamente em posição de produzir novos materiais e levantar novas questões relacionadas com nosso problema atual. (FREUD, 1996 [1920], p. 21, grifo do autor).

Seria, então, necessário que o indivíduo conseguisse elaborar as vivências conflitantes e/ou traumáticas, ao mesmo tempo em que é imprescindível que possa externalizar e direcionar para outros objetos sua agressividade oriunda dessas experiências, que foram evocadas em medidas defensivas, como a autopreservação. Quando isso não é possível, essa agressividade retornaria como autodestrutividade ao Ego, conforme Freud discute em *O Ego e o Id* (1976 [1923-1925]).

Pulsões de morte muito intensas aumentariam a inclinação ao conflito que estaria na base da repressão, aumentariam a inércia psíquica e os processos repetitivos dela resultantes e intensificariam o sentimento inconsciente de culpa, à medida que tais pulsões fossem ligadas pelo Superego. O efeito devastador da pulsão de morte seria intensificado quando suas manifestações não encontrassem possibilidade de exteriorização e fossem interiorizadas voltando-se contra o próprio ego. Nesse ponto, estaria em jogo o desamparo e dependência do outro, que imporá a inibição das pulsões agressivas por ele despertadas, dado que os objetos amados, desde o início, são também alvos de sentimentos hostis. (CAROPRESO; MONZANI, 2012, p. 634).

Entendemos que seria esse o momento em que a Pulsão de Morte poderia se dirigir ao soma, ao corpo, ao orgânico, se configurando em Doença Autoimune.

É necessário lembrar que as Pulsões de Vida e de Morte são imprescindíveis à vida, já que é a inter-relação de ambas que possibilita todo o tipo de manejo defensivo e estratégico da mente. Mas, sabe-se também que os sintomas são o resultado dessa estratégia psíquica e que, muitas vezes, são tão disfuncionais que incapacitam para a vida, como nos casos dos Transtornos Conversivos, do Pânico ou Obsessivo-Compulsivos.

Compreendemos que poderiam ser, também, fatais como as autoimunidades, considerando que haveria uma busca pela morte, consciente ou inconsciente, que estivesse acatando à Pulsão de Morte, pois, quando não direcionada aos objetos relacionais de maneira apropriada e nem ressignificada ou simbolizada, se manifestaria como autodestrutividade, em níveis e formas diferentes, inclusive com o ataque ao próprio soma.

Essas novas proposições de Freud acerca do Princípio da Realidade e da teoria pulsional tornam-se referências para várias formas de compreensão da agressividade: “A segunda teoria é de bastante relevância para a psicanálise freudiana, pois criou bases para outro entendimento da agressividade, sadismo e masoquismo, e inclusive da psicopatologia, o que influenciou muitos autores atuais.” (AZEVEDO; NETO, 2015, p. 68).

Prossigamos um pouco mais acerca dessas reflexões, por meio da discussão que Ferraz (2007) traz, explicitando que o corpo erógeno foi cada vez mais estudado em psicanálise, ao passo que o corpo somático foi negligenciado, inclusive o chamando provocativamente de “resto” (p. 68).

Cabe, nesse momento, dizer que o corpo somático, o físico, possivelmente foi negligenciado exatamente por ter sido o corpo até então estudado pela Medicina, traçando a compreensão de saúdes física e mental muito precárias.

Quanto mais Freud estudava a histeria, mais teria o corpo erógeno como centro de sua atenção: o corpo das representações psíquicas e afetivas, o corpo que foi sendo desvelado gradualmente pelos estudos da Psicanálise. No entanto, desde o final do século XX, as doenças somáticas têm intrigado bastante.

Ferraz propõe a “*teoria da somatização generalizada*” (2007, p. 70), na qual a psicossomatização seria o resultado de processos que escaparam à *subversão libidinal*, recorrendo a Dejours (1998) e outros autores para ir delineando sua proposta.

O autor destaca que quando Freud fita em angústia psíquica estaria se atentando em alguns pacientes neuróticos, os quais provavelmente não seriam os mesmos que têm a angústia somática quando do agravo do sofrimento, isto é, psicossomatizando.

Avançando em seus argumentos, Ferraz culmina em discussões em torno da Pulsão de Morte, resgatando-a enquanto um dispositivo anti-representacional, que “[...] busca o retorno ao estado originário (Freud diz: ao inorgânico) poderia ser visto mais como retorno ao pré-representacional, que remete diretamente ao corpo biológico primordial.” (FERRAZ, 2007, p. 69).

Ferraz preconiza que nos sujeitos que expressam angústia somática, a necessidade não teria se convertido à sexualidade psíquica, mas teria se submetido à *subversão libidinal* proposta por Dejours, onde a criança escancara que seu corpo não se limita à satisfação das necessidades vitais, havendo outras necessidades. Assim, subversivamente, se é preciso evacuar, há que se ter prisão de ventre; se alimentar, tem-se a anorexia; dentre inúmeros outros exemplos que poderíamos citar. Neste sentido, com relação ao conceito de *subversão libidinal*, cabem, ainda, algumas reflexões acerca de seu processo e destino, a saber, o corpo somático:

Mas a subversão será sempre um processo inacabado, sendo possível, sob certas condições, um movimento regressivo na linha do apoio, quando então a função somática se imporá sob o domínio psíquico. Contudo, o corpo somático, depois do movimento da subversão, já não será o mesmo, visto que uma parte da energia inerente aos programas comportamentais filogenéticos foi derivada para fins eróticos, o que retira o sujeito da determinação biológica. Instaura-se um modo de funcionamento desse corpo que agora não serve mais apenas à ordem fisiológica, mas desdobra-se em expressão de um sentido. Trata-se do que Dejours (1991) chama de agir expressivo, no qual há uma dimensão de intencionalidade e de direcionamento ao outro. (FERRAZ, 2007, p. 69-70).

No que tange ao momento de adoecimento, Ferraz explica que o corpo soma quando adoece estaria se expressando, comunicando um conflito da ordem do desejo libidinal que foi direcionado ao corpo somático, resultando na somatização, devido à existência da função não subvertida, ou seja, não representada. Caso tivesse se mantido sobre o corpo representado, criado a partir da subversão libidinal, teríamos a conversão de sintomas:

E aqui nos encontramos com o papel definitivo da pulsão de morte na eclosão das patologias não-neuróticas, ligadas ao registro do corpo real. Sobre a função com a qual a mãe não puder ‘brincar’, não incidirá uma subversão, permanecendo ela, então, mais suscetível às respostas menos elaboradas psiquicamente ou, em outros termos, expostas às respostas estereotipadas e impessoais herdadas da filogênese. (FERRAZ, 2002, p. 69, grifo do autor).

Dejours (1991), em seu percurso para as compreensões acerca das psicossomatizações, também parte das concepções de Pierre Marty, mas discorda dele em alguns pontos. Por exemplo, enquanto Marty dá ênfase às vivências do indivíduo que levaram ao traumatismo por meio de movimentos psíquicos individuais, Dejours irá enfatizar as relações intersubjetivas de quem adoece e se respalda na teoria de *sedução generalizada*, de Jean Laplanche, para explicar esse pressuposto, que discutiremos adiante.

Para Dejours, se adoece por alguém na medida em que são os dilemas relacionais, as *tramas intersubjetivas*, que demandam um sentido, um significado, visto que o sintoma

somático teria uma intenção expressiva não recalcada, um *agir expressivo* direcionado a um outro. O *agir expressivo* seriam as múltiplas possibilidades da mobilização do corpo erógeno na busca por expressar-se ao outro.

O adoecimento somático aconteceria porque não pôde ocorrer a subversão libidinal, ficando ao encargo do corpo somático produzir sentidos aos afetos desencadeados. E, mesmo esse processo depende de o corpo ter sido devidamente erogeneizado; caso houvesse dificuldades nesse percurso, os sintomas estariam a cargo do *agir expressivo* dos movimentos dos afetos e emoções, sendo submetidos à forclusão.

Ou seja, tal qual propõe McDougall, Dejours resgata a importância da relação afetiva no fenômeno psicossomático e destaca que o sentido e a busca dos significados do sofrimento estariam na essência do processo de adoecimento e não na origem da psicossomatização.

Além disso, o autor pontua que o mecanismo psíquico da repressão impediria o mecanismo de subversão libidinal e, na impossibilidade de representar, haveria duas saídas psíquicas: a atuação, por meio da violência, ou a somatização. Isso quer dizer que a somatização, o adoecimento, teria ocorrido para evitar a destrutividade direcionada ao objeto ao qual estaria vinculado o afeto que não foi subvertido.

Podemos entender, então, que a somatização foi um retorno ao ego da destrutividade que deveria ter sido direcionada para alguém, mas não foi; nesse sentido, vejamos como Dejours correlaciona a somatização com a Pulsão de Morte em seus diálogos com Freud:

A somatização, como resultante da repressão da violência e da destrutividade, constitui, por conseguinte, uma expressão exemplar da pulsão de morte. As neuroses atuais e particularmente a neurose de angústia apontam para a *desintricação* entre a pulsão de morte (a violência) e a pulsão de vida (que se materializa, por sua vez, na sexualidade psíquica). Ao menos, isso é o que significa angústia atual ao surgir numa estrutura *neurótica* em que o funcionamento do corpo erótico atesta a intricação das pulsões. Nas *outras estruturas*, a descompensação ‘atual’ aponta, antes, para a *falência da clivagem*, pois nelas a intricação incompleta cede lugar a dois modos de funcionamento simultâneos e desconhecidos um do outro no interior do eu. (DEJOURS, 1991, p. 48, grifo do autor).

A subversão libidinal seria resultado de aspectos relacionais tecidos em torno dos cuidados com o corpo, essencialmente os cuidados ofertados pelos pais, trazendo então, um aspecto parental a ser considerado na somatização. Daí a importância para Dejours do conceito de *sedução generalizada* de Laplanche, que relaciona o Sexual ao Eros.

Laplanche (*apud* DEJOURS *et al.*, 2012) considera que o Eros seria o oposto do Sexual e estaria contido na sublimação que, por sua vez, teria como funções a tradução e a ligação da excitação sexual. Para o autor, as mensagens que os adultos trazem em seu inconsciente sexual

precisam ser devidamente traduzidas pela criança para formar o seu próprio inconsciente sexual. Contudo, pode haver complicações nesse processo conforme perturbações nessas relações de implantação da mensagem:

O que é a implantação da mensagem? Na teoria da sedução generalizada, a base da comunicação entre o adulto e a criança é constituída por um instinto particular, o apego. O apego é uma montagem comportamental inata que leva a criança ao corpo do adulto, no registro estrito da autoconservação. Nessa perspectiva, a autoconservação não é solipsista, ela é, de pronto, comunicacional. Aos apelos que tem como ponto de partida o corpo da criança que busca o contato das peles, o calor e o substrato energético, o adulto responde com comportamentos de cuidado [...]. (DEJOURS *et al.*, 2012, p. 397).

Nestes termos, a mensagem que deveria ser autoconservadora do adulto para com a criança e prover cuidados, ao ser invadida pelo inconsciente sexual do adulto, se torna uma mensagem enigmática que a criança tentará traduzir – o *adulto cuidador* se torna o *adulto sedutor*. Na verdade, o que deverá ser traduzido é o efeito desta mensagem para o corpo da criança, bem como o que apresentado pelo corpo excitado do adulto (explícita ou implicitamente) à criança.

Parte desta mensagem poderá ser traduzida e outra parte não: “Essa sombra, esse resíduo não-traduzido, é ela mesma que se sedimenta para formar o inconsciente sexual da criança: teoria tradutiva do inconsciente; teoria tradutiva do recalcamiento originário.” (DEJOURS *et al.*, 2012, p. 397).

Esse processo de tradução de mensagem é muito importante, na medida em que se desdobra em toda experiência infantil com o seu corpo, com os pensamentos em torno dele e com sua integração com o eu, para além da formação psicosexual da criança, podendo ter impactos ao longo de toda a vida do indivíduo:

Donde a fórmula: pensar é sempre, originalmente, pensar o próprio corpo, pensar a minha experiência do corpo. E o protótipo do pensamento-ligação seria precisamente a tradução dessa experiência do corpo que é a minha e nunca será nada além dela. É preciso nem mais nem menos do que um trabalho psíquico propriamente dito, que é também um trabalho de ligação da excitação; dessa excitação que, precisamente, se dá a conhecer no corpo sob a forma do prazer sensual. (DEJOURS *et al.*, 2012, p. 397).

Ainda, podemos considerar que esse desenvolvimento infantil culmina na vida pulsional: “A formação da pulsão é concomitante à formação do eu. O recalque tradutivo forma simultaneamente o inconsciente, de um lado, e, de outro, o pré-consciente, quer dizer, o eu. É

aqui que o corpo intervém como detentor de um poder primeiro de tradução [...]” (DEJOURS *et al.*, 2012, p. 398).

Todavia, quando se falha essa tradução por excitações excessivas, em níveis de produzir crises no processo de formação psíquica da criança, ou seja, desestabilização ou rupturas, o mecanismo que atuaria não seria mais o recalque e não haveria a formação do inconsciente sexual recalcado, mas sim a *proscrição* e a formação de um *inconsciente amencial*, que seria um reservatório das reações somáticas e psicóticas:

O recalque é tradutivo e passa pelo pensamento da criança, o que culmina, topicamente, na diferenciação entre o inconsciente sexual recalcado e o pré-consciente. A proscrição, em compensação, está fora de todo pensamento-tradução possível e contribui para formar registros impossíveis de funcionamento do corpo: zonas de paresia, de paralisia e de morte ou ameaça de morte nos jogos de corpo que se traduzem na sexualidade adulta por registros que acometem de frigidez o sujeito e lhe dão a conhecer, a cada vez que se os toca, a experiência da morte em si, da vida que se afasta de si [...] que pode degenerar em confusão mental (amentia), ou por vezes em delírio, ou, mais frequentemente, em manifestação súbita de doença somática [...] (DEJOURS *et al.*, 2012, p. 399).

Na vida adulta, fatores estressores de mesmo cunho excitatório, quando sentidos como ameaçadores, poderiam, então, desencadear psicoses ou psicossomatizações.

É importante dizer que outros psicanalistas também pensam a Pulsão de Morte de maneiras diferentes de Freud, para além das aproximações com a Psicossomática Psicanalítica, como, por exemplo, Melanie Klein, em especial na sua influência nas relações objetais.

Melanie Klein traz várias diferenciações teóricas de Freud ao reconhecer a agressividade como uma forma de expressão da Pulsão de Morte, muito bem explicada em *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides* (KLEIN, 1991 [1946]).

Para a autora, a formação do superego tem origem na posição esquizo-paranóide, mediante a internalização dos objetos ideais e persecutórios, complementando a compreensão de superego de Freud, que se formaria só no desfecho da fase fálica. Outrossim, Klein não compreende a Pulsão de Morte como Freud, discordando que ela seja tácita, pelo contrário, entende que o superego rígido seria uma de suas expressões e a inveja outra. E pontua:

Considero que a ansiedade surge da operação da pulsão de morte dentro do organismo, é sentida como medo de aniquilamento (morte) e toma a forma de medo de perseguição. O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objeto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontável objeto dominador. (KLEIN, 1991 [1946], p. 23-24).

A autora ainda deixa bem claro como compreende a Pulsão de Morte e suas relações em *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê* (KLEIN, 1991 [1952b], p. 86):

Mantenho, há muitos anos o ponto de vista de que a ação interna da pulsão de morte dá origem ao medo de aniquilamento e que esta é a causa primária da ansiedade persecutória. A primeira fonte externa de ansiedade pode ser encontrada na experiência do nascimento.

Deste modo, Klein discute, em concordância com Freud, que a ansiedade vivenciada no momento do parto se tornaria um padrão que nortearia e se manifestaria em sensações orgânicas (vista turva e taquicardia, por exemplo) presentes nas demais experiências ansiogênicas ao longo da vida que permanecem como um pano de fundo nas vivências dos sujeitos diante de novos investimentos libidinais e relacionais, inclusive, correlacionando a gratificação e a frustração como válvulas propulsoras dos impulsos direcionados ao amor e ao ódio.

Neste sentido, esclarece-nos: “Supomos que há sempre uma interação, embora em proporções variadas, entre os impulsos libidinais e os agressivos, correspondendo à fusão entre as pulsões de vida e de morte.” (KLEIN, 1991 [1952b], p. 87).

No que se refere à inveja, ela também apresentaria fusão pulsional. Quando prevalece a Pulsão de Vida, teríamos uma competitividade e ambições saudáveis, ou ainda, o ciúme. Mas, nos casos em que prevalecem a Pulsão de Morte, “[...] o objeto é atacado como uma satisfação da pulsão de morte e, ao mesmo tempo, como uma defesa contra o experienciamento da inveja, pela extinção do objeto que dá surgimento àquela.” (HINSHELWOOD, 1992, p. 447).

Na inveja o sujeito não deseja apenas ter para si o que é do outro, mas também destruir esse outro, inter-relacionando os conceitos de inveja e voracidade, pontuando que estariam associados, sem ser possível delimitá-los, no sentido de isolá-los.

Klein (1991 [1946]) pondera sobre a voracidade quando é necessário falar dos sadismos oral e anal presentes no desenvolvimento da criança, enquanto impulsos destrutivos que emergem da ambivalência afetiva dirigida ao seio materno, mas que, aqui, podem representar apenas o desejo de introjetar a mãe e nem sempre de destruí-la, ainda que isso ocorra em alguns momentos, levando a criança à busca pela reparação:

A autora passa a considerar também que essa clivagem dos objetos seria acompanhada de uma clivagem do ego e passa a diferenciar dois tipos de clivagens: a fragmentadora, desfavorável à integração e ao desenvolvimento satisfatório, e a dicotômica, favorável

a eles. No primeiro tipo de clivagem, o objeto mau seria fragmentado e, em casos de evolução desfavorável, tal fragmentação poderia se estender para o bom objeto. Assim, tanto o ego como os objetos seriam desintegrados. (CAROPRESO, 2015, p. 398).

Em continuidade, a autora segue explicando a segunda forma de clivagem e nos conduz aos esclarecimentos necessários para visualizarmos o ingresso do bebê na posição depressiva:

Já na segunda forma de clivagem, tal fragmentação não se estenderia para o objeto bom e, então, surgiria uma separação entre o bom objeto interno íntegro e o mau objeto despedaçado. Assim, com a preservação de um objeto bom íntegro, seria preservada uma relação objetal livre da influência da frustração e da agressividade, o que seria condição para a diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, para a integração do ego e a síntese do objeto. Nesse caso, seria alcançada a mitigação do ódio pelo amor e a posição depressiva seria instituída. (CAROPRESO, 2015, p. 398-399).

Em *Amor, Culpa e Reparação*, Klein (1996 [1937]) elucida que uma culpa inconsciente acompanha o bebê como resquício de ter odiado a mãe (o seio, na verdade), quando se sentia desconfortável por dores como fome e cólicas e tentado destruí-la ao mordê-la, tendo fantasias de despedaçá-la, que são seguidas por fantasias de regenerá-la.

Porém, o medo de ter destruído a mãe não consegue ser eliminado e permanece como excedente ao longo da vida da criança, posteriormente sendo resgatado quando se sente ódio por uma pessoa amada, reacendendo o sentimento de culpa, que pode ser expresso de várias formas na vida adulta pela insatisfação consigo mesmo ou, como ficou conhecido, como um “complexo de inferioridade” (KLEIN, 1996 [1937], p. 350).

Todo esse processo de ambivalência afetiva direcionada à mãe leva o bebê a tentativas de reparações que o conduzem ao avanço do desenvolvimento infantil e à integração de amor e ódio dirigidos ao mesmo objeto, culminando na posição depressiva, que será mantida e reeditada ao longo de toda vida.

Ao discutir esse processo, deparamo-nos com a importância da dualidade afetiva presente nas relações objetais do indivíduo:

[...] só ao estudar o papel desempenhado pelos impulsos destrutivos na interação entre amor e ódio seria possível mostrar como os sentimentos de amor e as tendências de reparação se desenvolvem em ligação com os impulsos agressivos ou apesar deles. (KLEIN, 1996 [1937], p. 347).

A escola kleiniana compreende que a Pulsão de Morte seria a “[...] estrutura da personalidade na qual uma organização interna ataca as partes boas do ego.” (HINSHELWOOD, 1992, p. 447). Isso porque, para Klein, já haveria a inveja do seio que nutre, havendo aí a culpa por essa inveja e o medo da retaliação, angústias muito intensas para uma criança:

Dessa maneira, a capacidade para o amor e para a gratidão, assim como a disposição para a inveja, para voracidade e para ansiedade persecutória, estariam diretamente ligadas à intensidade constitucional da pulsão de vida e da pulsão de morte. Melanie Klein propõe a existência de uma relação entre essa preponderância de um ou outro instinto e a fortaleza ou debilidade do ego. As dificuldades para suportar a angústia, a tensão e a frustração, diz ela, são manifestações de um ego que, desde o início da vida pós-natal, é fraco aos intensos impulsos destrutivos e sentimentos persecutórios. (CAROPRESO, 2015, p. 400).

No entanto, temos que considerar, também, as relações da criança estabelecidas efetivamente com o meio externo e Klein não desconsidera essas repercussões na via psíquica do bebê:

A variedade das experiências externas, por exemplo, explicaria, até certo ponto, a formação de angústias arcaicas, que seriam particularmente grandes em um bebê cujo parto foi difícil e cujo aleitamento foi insatisfatório. Mas o impacto dessas experiências seria proporcional ao vigor constitucional dos impulsos destrutivos inatos e das consequentes angústias paranoides [...] (CAROPRESO, 2015, p. 401).

Importante apresentar que Caropreso, citando Petot (1988), traz uma reflexão crucial da compreensão de que as influências externas seriam mais eficazes ao desenvolvimento do bebê quando fossem desfavoráveis, visto que: “Tudo se passa como se as quantidades inatas de agressividade pudessem ser aumentadas pelas privações, sem que as satisfações reais possam ter um efeito comparável sobre a gratidão e sobre o amor.” (CAROPRESO, 2015, p. 402).

Cabe destacar que alguns desfechos desses conflitos podem culminar em adoecimento:

A intensidade constitucional da pulsão de morte aumentaria a intensidade traumática de certas experiências e, por meio do despertar da inveja, faria com que experiências potencialmente positivas se tornassem negativas e fontes de angústia. Assim, talvez possamos dizer que a pulsão de morte ampliaria o campo das experiências traumáticas, além de intensificá-las, o que repercutiria diretamente na predisposição à doença mental. (CAROPRESO, 2015, p. 404-405).

Para explicar essa discussão, Klein evidencia em sua obra amplas sistematizações em torno de processos inconscientes arcaicos que espelhariam dinamicamente a personalidade total adulta:

Pelo fato de a permanente interação entre as pulsões de vida e de morte e o conflito que surge de sua antítese (fusão e defusão) governarem a vida mental, há no inconsciente um fluxo, em constante alteração, de eventos que interagem, de emoções e ansiedades flutuantes. (KLEIN, 1991 [1952a], p. 83).

Isso poderia propiciar, também, do nosso ponto de vista, que na vida adulta as experiências fossem vivenciadas com um requinte a mais de destrutividade – ao passo que vamos enfrentando sucessivas frustrações e ameaças ao longo da vida – e, ao retornar ao Ego como autodestrutividade, se não houvesse a possibilidade de simbolização ou representação da dor em níveis psíquicos, poderíamos ter uma Doença Autoimune.

Passemos, agora, para outro autor importante acerca da abordagem da vida pulsional, André Green (1988a), que no capítulo *Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante*, do livro *Pulsão de Morte*, traz aspectos teóricos relevantes e que merecem atenção.

Enquanto Freud considerava que na Pulsão de Vida haveria ligação e na Pulsão de Morte desligamento, Green pontua que na Pulsão de Vida poderia haver ligação e desligamento, mas, a Pulsão de Morte seria só o desligamento e, ainda acrescenta:

No que me diz respeito, adiro plenamente à hipótese de que a função autodestrutiva desempenha para a pulsão de morte um papel correspondente àquele que desempenha a função sexual para Eros. No entanto, diferente de Freud, não creio que se deva defender a idéia de que esta função autodestrutiva se expressaria primitiva, espontânea ou automaticamente. [...] Mas também temos a forte sensação de que há formas de destruição que não comportam esse modo de intricação das duas pulsões. (GREEN, 1988a, p. 57).

Green considera a ação da Pulsão de Morte no processo de somatização, levantando pontuações dessa reflexão quando enfoca os não-neuróticos e o trabalho com o *negativo*, ao discutir a separação mãe-bebê e as implicações quando esse processo não é adequado às necessidades da criança, impossibilitando ao bebê a assimilação do desligamento materno, levando ao empobrecimento do Eu, que se desagregará e desorganizará. Pacientes nesta condição de vulnerabilidade psíquica são denominados por Green de *casos-limites*.

O autor ressalta, ainda, outros aspectos primordiais atrelados à relação mãe-bebê no que tange ao processo de desligamento materno, solicitando que o bebê inicie o trabalho de luto primordial para elaborar a perda do objeto primordial, sua mãe, que também se constitui em sua primeira perda objetal.

A função desobjetalizante seria exatamente possibilitar tal desligamento vincular, com base na Pulsão de Vida. Assim, quando a mãe vai se desligando e chega-se ao seu apagamento,

ocorreria o *negativo*, pois, exigiria um trabalho psíquico de elaboração que Green denomina *trabalho do negativo*, discutindo os manejos que seriam necessários na análise dos *casos-limites*, ou seja, a *clínica do negativo* ou *clínica do vazio*.

O autor aponta que a Pulsão de Morte poderia levar ao desinvestimento desobjetalizante, resgatando para essa discussão as defesas primárias, o recalque e os mecanismos que agem após esse e levam à ligação ou desligamento dos fins pulsionais.

No livro *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte* (1988b), Green discute a *angústia branca* enquanto representação dos *estados de vazio* (paralelamente à *angústia negra* presente nos estados depressivos, em que o ódio enseja o ponto fundamental do adoecimento), sendo resultado de uma angústia pela perda vivenciada em um nível narcísico.

O autor aprofunda essas discussões em torno do *complexo da mãe morta*, ainda que essa morte seja simbólica e não necessariamente literal, pois se tratavam de mães depressivas. Green apresenta suas observações com base em pacientes que eram filhos de mães depressivas que, em decorrência dos sintomas dos transtornos depressivos, não estiveram em condições de investir psíquica e adequadamente em seus bebês, havendo grandes impactos ao longo da vida desses indivíduos por conta de tal desinvestimento materno, levando as crianças a terem de enfrentar um luto diante de um objeto que ainda está presente, mas que apresenta uma “morte psíquica” no sentido de suas impossibilidades de investimentos libidinais.

Apresentando-nos as consequências dessas relações, Green vai gradualmente expondo seu arcabouço teórico em torno das psicopatologias contemporâneas em que os lutos e os sentimentos de vazio, de desamparo, de desesperança e de falta de sentido existencial ensejam os conflitos centrais.

Essa obra também marca o resgate de Green acerca da importância do *narcisismo* para as teorias pulsionais de Freud, que encontramos muito bem sintetizada na obra *Por que as pulsões de destruição ou de morte?* (2022, p. 48, grifo do autor):

Foi então que propus, em 1983, distinguir no cerne da teoria freudiana tardia um narcisismo de vida, que se sobreporia de modo geral àquele descrito por Freud em 1914, de um *narcisismo de morte*. Enquanto o primeiro visa à unidade do Eu e exerce uma função objetalizante, o segundo expressa a tendência a atingir o grau zero da excitação, estando a serviço de uma função desobjetalizante, atividade sob o domínio da pulsão de morte.

Green pontua que Freud ficou reticente por anos em voltar a sistematizar e correlacionar o narcisismo que vinha discutindo antes da publicação de *Além do Princípio do*

Prazer (FREUD, 1996 [1920]), porque era inicialmente fundamentado em uma percepção monista pulsional, que não se aplicava mais à dualidade pulsional que passa a ser considerada por Freud a partir desta obra. Narcisismo seria o “[...] complemento libidinal das pulsões de autoconservação” (GREEN, 2022, p. 51), um conceito que foi apresentado por Freud em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1976 [1914b]).

Para harmonizar sua obra, Freud pode ter encontrado no próprio conceito de narcisismo a resposta para explicar o porquê de o psiquismo não sucumbir à Pulsão de Morte e efetivamente morrer. Para tanto, Freud sistematiza os conceitos de libido narcísica e libido objetual, sendo a primeira quando o psiquismo retorna sua libido para o próprio ego, e a segunda quando direcionada aos objetos (que não o Ego).

Freud compreende que no início da vida, antes da formação do Ego, ocorreria uma ausência de relações objetais, sendo vivenciados investimentos parciais e anobjetais, isto é, direcionados às zonas erógenas do próprio corpo e compondo o *Narcisismo Primário*, por meio da satisfação em si mesmo.

Como a criança está sujeita às expectativas de seus pais (que configuram o Ego Ideal da criança) e às pressões e frustrações impostas por ambos e pelas demais relações com o meio ambiente (formando o seu Ideal de Ego), terá de se deparar com o fato de sua mãe não ser sua exclusividade, tampouco que se é pleno e soberano, passando a buscar o amor e o reconhecimento do outro, tendo que lidar com sua ferida narcísica. Esse processo direciona a criança ao *Narcisismo Secundário*.

Freud descreve que os narcisismos primário e secundário configuram a personalidade do indivíduo, estando presentes em sua toda sua vida. Também pontua os modelos anaclítico e narcisista enquanto possibilidades de resultados desse processo do narcisismo. O modelo anaclítico tem a mãe como primeiro amor objetual, enquanto o modelo narcisista tem a si mesmo. Ambos os modelos coexistem no indivíduo, variando em graus, tendo em sua origem esses dois objetos sexuais, a saber, a si mesmo e a mãe, lembrando que o amor da mãe e pela mãe possibilitou a formação do amor próprio.

Conforme as angústias despertadas pela criança neste processo, o modelo anaclítico pode predominar nas escolhas objetais em toda a vida do indivíduo, porém, pode ocorrer do modelo narcisista reinar (FREUD, 1976 [1974b]).

A este respeito, nos pontua Green (2022, p. 51): “Sucumbindo às investidas do sadismo originário, as forças que querem despojar a vida de sua frágil conquista batem em retirada sob o efeito da mobilização da libido narcísica, que quer se manter e recusa-se a desaparecer.”

Além disso, o autor explana que Freud não se deteve em correlacionar claramente o Narcisismo à Pulsão de Morte; tarefa que designou a si mesmo, cuja correlação denominou *Narcisismo Negativo* ou *Narcisismo de Morte*.

O autor descreve que, por vezes, pode ocorrer de o indivíduo estar em extremo luto, com feridas narcísicas abertas pela decepção tanto com a figura paterna quanto com a materna, restando apenas o amor de si para investir libidinalmente:

Consequentemente, esse investimento poderá dar origem ao compromisso de um corpo (narcísico) em luta contra as pulsões de morte ameaçadoras. *Talvez seja isso que constitui a base das estruturas psicossomáticas*. Todo-poderoso e vulnerável narcisismo: estado de um corpo bastião, refúgio onde se instala a vida, mas que, não obstante, padece de uma carência da libido objetual que poderia consolidar sua feiura. (GREEN, 2022, p. 53, grifo do autor).

Ao se ater na construção de seu conceito de *Narcisismo de Morte*, Green entende que a Pulsão de Morte pode ser muito bem verificada pelas doenças psicossomáticas, elucidando-nos que as compreende enquanto uma precariedade narcísica:

Basta refletir sobre a psicossomática para se dar conta da validade das opiniões de Freud. Na psicossomática, a destrutividade interna – contra o corpo – só se instala a partir de uma insuficiência do narcisismo. São pessoas que não chegam a se proteger com o auxílio de um narcisismo capaz de acossar a destrutividade. Elas sucumbem à destrutividade psicossomática. Em suma, a ideia do *narcisismo como primeira resistência contra a destruição* me parece verdadeiramente interessante. (GREEN, 2019, p. 146, grifo do autor).

Será a partir desses pontos teóricos apresentados até agora que iremos delinear nossa proposta de somatização com base nas participantes da pesquisa, argumentando que o entrelace relacional conflitivo possa ter levado ao desejo de cessar a angústia, em um nível de morte, que teria sido um processo iniciado pela autoimunidade, por vezes irreversível, culminando em óbito rapidamente. No entanto, a ambivalência afetiva pode gerar uma autoimunidade que se estende por muito tempo, numa luta constante entre viver e morrer.

Estabelecidos esses pilares de discussão, entendemos ser possível apresentarmos os resultados que pudermos obter por meio da sistematização e análise das contribuições de nossas participantes.

3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

*“Quem não sabe o que é a vida, como poderá saber o
que é a morte?”
Confúcio*

Neste capítulo apresentamos as justificativas pertinentes à realização da presente pesquisa, mostrando seus benefícios possíveis, bem como o nosso objetivo. Posteriormente, explicitamos o método utilizado, fundamentando-o teoricamente e descrevendo os procedimentos, instrumentos, participantes da pesquisa, sistematização e análise de dados adotados.

3.1 Justificativa

Considerando-se a imensa gama de Doenças Autoimunes e a grande variabilidade da prevalência entre as doenças, é difícil precisar a incidência geral.

O Trabalho *Prevalência de Doenças Autoimunes na Atenção Primária À Saúde*, de Araújo (2017), como o próprio título já esclarece, teve por objetivo identificar a prevalência de Doenças Autoimunes na atenção primária à saúde, por meio de um estudo descritivo e quantitativo realizado com 232 participantes cadastrados na atenção primária de saúde do município de Cajazeiras, na Paraíba, cujos dados foram analisados no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 22.0.

Identificou-se no estudo, a prevalência de 2,16% de pessoas com doenças autoimunes, sendo o lúpus eritematoso sistêmico a doença mais prevalente (0,86%), seguido de artrite reumatóide, tireoidite de Hashimoto e púrpura trombocitopênica idiopática (0,43%). Verificou-se a ocorrência predominantemente no gênero feminino, com faixa etária entre 43-72 anos, em pessoas pardas e que não trabalham. A hiperpigmentação, a falta de energia, dor e sensibilidade no corpo, e edema nas mãos e pés foram os sinais/sintomas mais frequentes, observada em todas as pessoas acometidas com esses distúrbios. (ARAÚJO, 2017, p. 9).

Assim, os números variam conforme a doença e também há que se considerar outras variáveis, como região e busca por tratamento em serviços públicos e em privados.

Poderíamos até argumentar o impacto financeiro pela prevalência dessas doenças no Sistema Único de Saúde, mas interessa-nos muito mais a perda da qualidade de vida dessas pessoas: as dores e suas limitações, o preconceito, o afastamento social e no trabalho, a diminuição da expectativa de vida e, em muitos casos, a morte.

Algumas Doenças Autoimunes são caracterizadas por sintomas muito cruéis, marcadas por dores intensas e crônicas; odores desagradáveis em feridas que sangram, desfiguram e expõem secreções; coceiras intensas e incessantes; sintomas que trazem prejuízos orgânicos, psíquicos e sociais, sendo, então, abordados nesta pesquisa como doenças efetivamente, cujas origens e desdobramentos necessitam serem estudados e compreendidos.

Dentre as Doenças Autoimunes incapacitantes, tem-se a Artrite Reumatoide (AR), mencionada apenas para contribuir com a elucidação dos prejuízos das Doenças Autoimunes, mesmo que essa doença não seja aqui sistematizada, apesar de ter sido acompanhada em uma das pacientes atendidas pela pesquisadora:

[...] pacientes com AR têm sua expectativa de vida significativamente diminuída quando em comparação com a população em geral (60, 71). Aproximadamente 50% dos indivíduos com AR ficam impossibilitados de trabalhar em 10 anos a partir do início da doença, o que representa significativo impacto econômico e social. (GOELDNER *et al.*, 2011, p. 496).

Pode-se mencionar como outro exemplo a Diabetes Melito Tipo 1, que acomete crianças e adolescentes, ou seja, desde muito cedo esses indivíduos já sofrem com limitações intensas e crônicas:

A diabetes melito tipo 1 auto-imune (DM1A) representa 5% a 10% dos casos de diabetes [...]. É rápido e intenso em crianças e adolescentes, resultando necessidade precoce e permanente do tratamento com insulina e risco de cetoacidose [...]. É uma das doenças crônicas mais comuns e graves da infância e da adolescência [...] (SILVA; MORY; DAVINI, 2008, p. 167).

Como apresentamos nos capítulos teóricos, muitos pesquisadores têm estudado as Doenças Autoimunes. Seus estudos colaboram e fundamentam nosso trabalho, mas não discutem a sua causalidade e o desencadeamento das Doenças Autoimunes do mesmo ponto de vista que o faremos, uma discussão imprescindível.

Dentre outras pesquisas encontradas, podemos mencionar várias que buscam critérios diagnósticos e prevalências das doenças, marcadores genéticos, num âmbito mais organicista (MARQUES, 2003; VILAR; RODRIGUES; SATO, 2003; VIGGIANO *et al.*, 2008; MENDES, 2010; PICCELI, 2013; MACHADO, 2015).

Outros trabalhos (SILVA K; SILVA E, 2007; JESUS, 2010; PAVAN-CÂNDIDO, 2012) apontam a correlação do estresse e a qualidade de vida enquanto fatores desencadeantes

da Psoríase, sem abordar esses fatores constituintes do psiquismo, apenas como constatações por relatos dos pacientes em Histórias Narrativas ou por aplicações de inventários ou testes.

Podemos exemplificar com o artigo *Qualidade de vida de pacientes com doenças autoimunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal*, de Fabio Guimarães, Manoel Santos e Érika Oliveira (2008), no qual os autores objetivaram avaliar a qualidade de vida de pacientes com Doenças Autoimunes em dois momentos distintos, primeiramente na admissão do paciente e depois na ocasião da alta hospitalar.

Nesse artigo, utilizaram um roteiro de entrevista semiestruturada e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida - SF-36 em 19 pacientes, cujos dados sugerem que antes do transplante houve uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes, bem como uma progressão de suas doenças. Entretanto, houve uma melhora de suas capacidades de execução de tarefas imediatamente após a realização do transplante.

Verificamos, ainda, estudos (CARNEIRO, 2007; CAL, 2011; PAVAN-CÂNDIDO, 2012; BUNDY *et al.*, 2013; CONCEIÇÃO, 2013; SILVA; CARDOZO, 2021) que buscam compreender as contribuições dos tratamentos psicológicos em pacientes com Psoríase, sendo um tratamento frequentemente indicado e com resultados positivos no processo, auxiliando, inclusive, com fases de remissão dos sintomas ou, pelo menos, sua amenização.

Ademais, é imprescindível que sejam feitos cada vez mais trabalhos que enfatizem a atenção à subjetividade e aos aspectos universais do psiquismo, demonstrando o alcance das pesquisas em psicanálise e as contribuições que se podem extrair destas investigações.

Enfim, a gravidade, disfuncionalidade e o prejuízo para a qualidade de vida e longevidade que Doenças Autoimunes representam são avassaladores, o que, por si só, já justifica este trabalho.

E, como nenhum desses trabalhos discute a causalidade psíquica da doença, são necessários trabalhos que façam essa busca, podendo fundamentar novas discussões e produções de conhecimentos e estratégias de tratamento quando do diagnóstico das Doenças Autoimunes, evitando seu agravo e, se possível, diminuindo a taxa de mortalidade e a incapacidade para a vida que muitas dessas doenças representam.

3.2 Objetivos

Compreender as manifestações pulsionais nas Doenças Autoimunes por intermédio do estudo de pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico e Psoríase.

3.3 Método

Para a realização desta pesquisa utilizou-se como referencial teórico a abordagem psicanalítica e, em sua execução, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema [D-E (T)], complementado com a Entrevista Semiestruturada, cujos fundamentos serão apresentados na sequência.

3.3.1 Fundamentação Teórica da Metodologia

Considerando-se que esta pesquisa investiga a representação e possível externalização de afetos que são inerentes ao ser humano, mas podem estar sintomáticos de maneiras muito singulares e específicas a cada sujeito em particular, foi preciso utilizar uma metodologia que possibilitasse apreender aspectos também peculiares, o que é passível à pesquisa qualitativa e, especificamente nesta, optou-se pelo arcabouço psicanalítico:

Toda investigação psicanalítica é *qualitativa*, ou seja, trabalha em profundidade com casos específicos. É o mergulho na sua singularidade que permite extrair deles tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilham com outros do mesmo tipo: por isso o caso ganha um valor que se pode chamar *exemplar*. Uma boa pesquisa em psicanálise deve evidenciar esses dois planos: o da especificidade e o da generalidade. Esse é o primeiro critério a ser considerado, independentemente do material que serve de base à investigação (clínico, histórico, psicossocial, etc.). (MEZAN, 2002, p. 430, grifo do autor).

Esta compreensão teórico-metodológica contrapõe-se ao Positivismo, movimento datado do século XIX, idealizado por Auguste Comte e John Stuart Mill, e fundamentado por tantos outros, como Descartes, foi de importância inquestionável para o avanço da Ciência numa época em que explicações místicas e de senso comum lideravam a concepção de mundo, de pessoas, doenças e tratamentos. O Positivismo pressupunha que qualquer dado, para ser considerado científico, deveria abarcar um número significativo de sujeitos e que seus resultados fossem passíveis de repetição com as mesmas conclusões (MEZAN, 2007).

No caso da Psicanálise, o objeto de estudo encontra-se no nível abstrato dos afetos, emoções e pensamentos: em essência, o psiquismo humano (em seus níveis inconsciente, pré-consciente e consciente) e a subjetividade; aspectos intrínsecos, todavia não palpáveis, tampouco quantificáveis.

A Psicanálise, enquanto ciência, configura-se por meio de um tripé: teoria, técnica e método. As teorias psicanalíticas caracterizariam os conhecimentos sistematizados e produzidos, em especial, a compreensão do Inconsciente, dos Mecanismos de Defesas Psíquicos e das Relações Objetais. As técnicas seriam como realizar o manejo e o bem-fazer da análise. O Método Psicanalítico caracteriza-se enquanto um método investigativo e interpretativo, cujo objetivo seria acessar o Inconsciente, trazendo à consciência os aspectos necessários ao autoconhecimento ou cura (HERRMANN, 1991).

Enquanto método investigativo de pesquisa, o Método Psicanalítico configura-se em uma pesquisa qualitativa, na medida em que propõe ser viável o estudo de um único caso enquanto gerador de riquíssimas discussões e produção de conhecimentos, que mesmo contribuindo para a compreensão do psiquismo humano em geral, não pretende que tais teorias sejam aplicadas a todos os sujeitos. Pelo contrário: ao invés de adequar os sujeitos às teorias existentes, há que se produzir uma teoria a cada pessoa em particular. Fabio Herrmann (1999) destaca que o método psicanalítico pode ser aplicado para interpretar qualquer fenômeno ou produção humanos.

Com relação às entrevistas, destaca-se que decidimos pela semiestruturada, pois não sendo fechada, permitia ao entrevistado liberdade para falar, fornecendo dados que porventura não seriam questionados ou identificados como importantes e poderiam ser fundamentais para esclarecimentos. Logo, a escolha se deu, essencialmente, visando disponibilizar um momento para o sujeito dizer o que sente que é importante e necessário expressar, colocando-o como prioridade, já que os assuntos podem despertar angústias que queremos, de alguma forma, acolher e considerar (TURATO, 2003).

Bleger traz várias discussões em seu livro *Temas de Psicologia: entrevista e grupos* (1998), sobre os alcances das entrevistas para a Psicanálise e o manejo das interpretações, considerando, inclusive, o papel do entrevistador nesse processo:

O campo da entrevista também não é fixo e sim dinâmico, o que significa que ele está sujeito a uma permanente mudança e que a observação se deve estender do campo específico existente em cada momento à continuidade e sentido dessas mudanças. Na realidade poder-se-ia dizer que a observação da continuidade e da contiguidade das mudanças é o que permite completar a observação e inferir a estrutura e o sentido de cada campo; respondendo a esta modalidade do processo real, deve-se dizer que o campo da entrevista cobre a sua totalidade, embora ‘cada’ campo não seja senão um momento desse campo total e da sua dinâmica (*Gestaltung*). (BLEGER, 1998, p. 11, grifo do autor).

O autor ainda nos explicita acerca das possibilidades de sistematização:

Uma sistematização que permite o estudo detalhado da entrevista como campo consiste em centrar o estudo sobre: a) o entrevistador, incluindo sua atitude, sua dissociação instrumental, contratransferência, identificação etc.; b) o entrevistado, incluindo-se aqui a transferência, estruturas de comportamento, traços de caráter, ansiedades, defesas etc.; c) a relação interpessoal na qual se inclui a interação entre os participantes, o processo de comunicação (projeção, introjeção, identificação etc.), o problema da ansiedade, etc. (BLEGER, 1998, p. 11-12).

Certamente necessitaremos fazer uso desses recursos na pesquisa para inter-relacionar os dados produzidos e a fundamentação teórica proposta. Como adotaremos o Procedimento de Desenhos-Estórias, a ser explicado posteriormente, cabe acrescentar:

Com o tempo, o D-E passou a se compor com as entrevistas clínicas para a facilitação da detecção dos focos nodais. Isso ocorreu com o desenvolvimento das pesquisas clínicas. Uma plêiade de pesquisadores de todos os matizes, localizados em diferentes regiões do território nacional, passou a utilizá-lo para o conhecimento de condições psíquicas as mais diversas e inesperadas, presentes nas perturbações psíquicas, mas também nas doenças físicas. (TRINCA, 2017, p. 23).

Assim, a entrevista auxiliará a identificar e esclarecer aspectos que poderiam se perder apenas com a verbalizações trazidas em torno das produções das participantes.

3.3.2 Participantes

Foram abarcadas 02 (duas) participantes na pesquisa, sendo uma com Lúpus Eritematoso Sistêmico e outra com Psoríase. As participantes foram encaminhadas à pesquisadora por outros profissionais que conheciam seu trabalho. Elas foram selecionadas por terem preenchido os critérios de inclusão dessa pesquisa e concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, cujos termos e procedimentos foram devidamente submetidos à Plataforma Brasil e aprovados por Comitê de Ética (Anexo A).

Abaixo, segue um quadro para melhor visualização de ambas as participantes:

Quadro 1 – Descrição das participantes

Nome Fictício	Data da Aplicação	Idade	Doença	Tempo de Diagnóstico da Doença Autoimune	Composição Familiar
<i>Ioná</i>	14/01/2021	59 anos	Psoríase	Há, aproximadamente, 15 anos	Casada; 02 filhos
<i>Maya</i>	19/01/2021	36 anos	LES	Desde os 18 anos de idade	Casada; 01 filha

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Como critério de seleção para a pesquisa, as participantes deveriam apresentar uma Doença Autoimune sem possuir antecessores de qualquer Doença Autoimune na família (não restringindo-se à sua doença manifestada, bastando ser uma Doença Autoimune para compor critério de exclusão), descartando os fatores congênitos e hereditários enquanto causalidade direta do adoecimento, o que foi confirmado por meio das entrevistas. Poderiam ser de ambos os sexos e ter entre 25 e 59 anos de idade. Escolheu-se esse período de idade para que houvesse certa homogeneidade nas características psicossociais, não havendo tanta diferenciação de aspectos do desenvolvimento humano, sendo adultos.

As participantes também deveriam apresentar clareza de raciocínio e lucidez, sendo critério de exclusão se apresentassem em seu quadro clínico prejuízos intelectuais e cognitivos, de memória, delírios e/ou alucinações ou qualquer outra alteração que pudesse inviabilizar o resgate da história de vida do sujeito e lembranças pertinentes à compreensão das vivências, etiologia e impactos de sua doença em sua vida.

A proposta inicial da pesquisadora era realizar a investigação com até 06 (seis) participantes, sendo 03 (três) com Lúpus Eritematoso Sistêmico e 03 (três) com Psoríase, visando o alcance de conteúdos que possibilitassem uma discussão passível de argumentações, pois, corria-se o risco de haver uma colaboração não tão produtiva dos participantes, ou mesmo a desistência de alguém durante sua aplicação, ou até depois, sendo necessárias mais pessoas envolvidas no processo para respaldar as discussões que se sucederiam.

Contudo, não foram encontrados outros participantes que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa e que se dispusessem a participar. Foram contatadas outras quatro mulheres com LES, mas quando ligamos para as possíveis participantes para agendar o encontro presencial e investigar melhor a indicação, constatamos que três delas tinham parentes com outras Doenças Autoimunes.

A primeira contatada contou que seu pai também tinha LES; a segunda pontuou que uma prima tinha Psoríase e a terceira teria parentes com Dermatite e Psoríase, ou seja, as três apresentaram condições que se caracterizam como critérios de exclusão.

A única mulher que atendia a todos os critérios de inclusão não retornou mais as tentativas de contato da pesquisadora para agendamento da aplicação do Procedimento. Apenas um homem foi encaminhado, também portador de LES, mas não retornou às tentativas de contato da pesquisadora. Não foram encaminhados outros participantes com Psoríase, apenas a abarcada na pesquisa.

No entanto, com base nas ricas contribuições de Ioná e Maya, compreendemos que já era possível atender aos objetivos propostos na pesquisa apenas com as referidas participantes, decidindo-nos, então, em encerrar a busca por outros sujeitos.

3.3.3 Instrumentos

Com relação ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema [D-E (T)], segue breve explanação acerca da fundamentação teórico-técnica, pois houve um processo até que se introduzisse um Tema direcionando os participantes aos objetivos das pesquisas.

Inicialmente, o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) foi desenvolvido pelo psicólogo e psicanalista Walter Trinca, em 1972, sendo primeiramente utilizado como instrumento auxiliar na realização de Diagnóstico Psicológico de indivíduos de ambos os sexos, entre cinco e quinze anos de idade (TRINCA, 1984). Desde então, foi largamente utilizado em diversas pesquisas, sendo também, “[...] objeto de inúmeras pesquisas, relacionadas a temas de interesse e a áreas de trabalho específicas [...]” (TRINCA, 2003, p. 58), passando por “[...] modificações, ampliações e expansões relativas aos critérios iniciais de uso [...]” (TRINCA, 2003, p. 58).

Em seu percurso de décadas, ampliou-se para crianças de três e quatro anos e adultos de todas as idades, configurando-se em Diagnóstico Breve, Psicoterapia Breve, Psicodiagnóstico Interventivo, Entrevista Devolutiva, *Follow-up*, Consulta Terapêutica, Intermediação Terapêutica e Impasse Terapêutico, caracterizando-se em um amplo procedimento de investigação psicológica utilizado pela Psicologia da Aprendizagem, do Trabalho, Social e Jurídica, indo muito além da Psicologia Clínica (TRINCA, 2017).

Trata-se de um instrumento único, que não se caracteriza em teste psicológico, mas sim em um procedimento de investigação qualitativo que agrega os processos expressivo-motores – como o Desenho Livre, foco de estudo na tese de doutorado de Walter Trinca –, os processos aperceptivos-dinâmicos – como as verbalizações temáticas – e as associações resultantes do Inquérito, similares às técnicas de entrevistas semi e não-estruturadas.

O Procedimento D-E foi adquirindo cada vez mais representatividade e gradualmente se expandindo até se ampliar no consistente e eficaz Desenho de Famílias com Estórias (DF-E), do próprio Walter Trinca, culminando em vários artigos (TRINCA, 1989a; 1989b; 1990a; 1990b; 1991) e, posteriormente, no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

Um dos trabalhos pioneiros com o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi realizado por Silvia Helena Vieira Cruz em sua Dissertação de Mestrado intitulada *A representação da escola em crianças da classe trabalhadora*, defendida em 1987 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em São Paulo (TRINCA, 2003), sendo orientada por Maria Helena Souza Patto.

Na mesma época, Tânia Maria José Aiello-Vaisberg aprimorava o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, pela necessidade em compreender imaginários coletivos (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2013). Dra. Tânia Aiello-Vaisberg realizou sua pesquisa de Doutorado, concluída em 1986 e orientada por Ryad Simon, intitulada *Busca de Internação em Hospital Psiquiátrico: análise do discurso dos acompanhantes*, em concomitância ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira, momento em que se fazia necessário compreender a Loucura, seu contexto e variáveis. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema permitiu investigar as representações sociais expressas na dimensão emocional inconsciente dos sujeitos.

A Dra. Tânia Aiello-Vaisberg seguiu produzindo e orientando muitas pesquisas utilizando-se desse Procedimento, divulgando-o substancialmente, como nos exemplos a seguir: em 1990, apresentou o trabalho intitulado *O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema*, no *III Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis*, em Havana (Cuba); em 1991, publicou *Vício e Loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema*, no *Boletim de Psicologia*; ainda em 1991, com outros autores, publicou *O uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na investigação da representação social da “criança problema”*, nos *Anais do Congresso da USP*, São Paulo; em 1992, publicou *Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na investigação da representação social de criança-problema*, no *Resumenes del Congreso Iberoamericano de Psicología*, realizado em Madri (Espanha); com Maria Cristina L. Machado, em 1993, publicou *Estudo de representações de profissionais de saúde sobre deficiências através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema*, em *Resumos do II Congresso Interno IPUSP*, São Paulo.

Como orientadora, vários trabalhos foram produzidos ao longo de três décadas. Para exemplificar, um dos pioneiros foi a Tese de Doutorado de Maria Cristina L. Machado, *Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental*, pelo Instituto de Psicologia da USP, no ano de 1995. Suas

contribuições e dos pesquisadores em seu entorno para o avanço e a consolidação do uso do Procedimento de D-E (T) são significativas e esclarecedoras:

A partir de desenvolvimento conceitual, teórico e epistemológico, que concebe interlocução entre a perspectiva teórica da psicologia concreta, o paradigma relacional e uma concepção intersubjetiva do inconsciente, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema passou a ser estratégia investigativa importante em pesquisas sobre imaginários coletivos, tanto em entrevistas individuais como coletivas. Tendo por vocação configurar uma forma especial de entrevista, onde um ambiente propício para abordagem de concepções imaginativas fica facilitado, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema serve de inspirador para o uso de outros mediadores, bem como permite que diversas temáticas possam ser estudadas. (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO; VISINTIN, 2017, p. 30-31).

Os autores seguem explicitando a importância da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema:

Na verdade, há aqui um ponto fundamental: quando usamos psicanaliticamente o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, para conhecer imaginários coletivos, tanto podemos constatar o que circula no ambiente social, em termos de crenças compartilhadas, como produzir conhecimento compreensivo, de caráter interpretativo, sobre determinantes lógico-emocionais subjacentes às concepções imaginativas consideradas como condutas. (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO; VISINTIN, 2017, p. 34).

Por fim, destacam um trajeto importante:

Cabe, entretanto, assinalar que duas importantes mudanças foram registradas na nossa produção que se organiza ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. A primeira delas diz respeito ao abandono do uso do conceito de representações sociais, que foi substituído pelo de imaginário coletivo. A segunda corresponde à expansão temática, que ocorreu em função dos interesses dos orientandos, que passaram a trazer outras problemáticas de estudo além da condição do psiquiatrizado. Tais mudanças revelaram-se enriquecedoras de mais de um ponto de vista. (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO; VISINTIN, 2017, p. 33).

Neste Procedimento são levados em consideração todos os aspectos do conjunto dos desenhos e estórias, atentando-se aos movimentos gráficos, aos desenhos propriamente ditos e todas verbalizações, desde a realização dos desenhos até a narrativa em si; enfatizando fantasias, angústias e desejos, possibilitando investigar aspectos essenciais da dinâmica psíquica do paciente, como recursos defensivos e capacidade elaborativa do ego. Isso permite analisar se houve falha na possibilidade de simbolizar o sofrimento e se é preciso atuá-lo, fornecendo o substrato necessário para conceituar as Pulsões de Vida e de Morte e inter-relacionar a autodestrutividade com a configuração da Doença Autoimune nos indivíduos.

Apesar do amplo alcance do Procedimento de D-E (T), sua aplicação é bastante simples, bastando folha de papel tamanho ofício, em branco e sem pautas, apresentada na posição horizontal em relação ao sujeito, ofertando também uma caixa de lápis de cor de 12 unidades e lápis preto com ponta de grafite nº 2, distribuídos juntos, consistindo no convite ao indivíduo para a realização do desenho. Tal desenho era livre quando Walter Trinca iniciou o Procedimento, mas ganhou os contornos até agora explicados, seguindo, então, orientações específicas conforme o tema a ser investigado.

Os desenhos podem ser tanto cromáticos quanto acromáticos, solicitando que o indivíduo conte uma história para o desenho realizado, associando livremente logo após sua realização. Em seguida, dá-se o Inquérito acerca do desenho e história e solicita-se um Título. Essas etapas se dão para cada desenho em separado, constituindo uma Unidade de Produção. Trinca recomenda a utilização de até cinco Unidades de Produção, todavia, no Procedimento de D-E (T) é solicitado apenas um desenho, no caso, temático.

A realização do Procedimento deve ser feita em até sessenta minutos e, caso necessário, marca-se novo encontro para continuidade. Deve-se reaplicar o processo caso as associações verbais apresentadas primeiramente sejam muito pobres, fazendo-o a partir da etapa de contar histórias. Não se recomenda o terceiro encontro, trabalhando com o material que pode ser produzido em até duas sessões.

Para completar o inquérito dos indivíduos, era necessário que houvesse uma entrevista, permitindo que fossem abordados os assuntos importantes para o desenvolvimento da pesquisa, complementando informações que não poderiam ser obtidas por meio dos desenhos e de seus inquéritos e que, todavia, seriam imprescindíveis para a compreensão da história de vida do sujeito e do processo de adoecimento. Assim, finalizado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, realizou-se a entrevista semiestruturada, seguindo o seguinte roteiro:

- 1-) *Falar sobre a infância*, visando resgatar aspectos do desenvolvimento que contribuem com a compreensão das relações objetais das participantes;
- 2-) *Falar sobre a relação com sua família*, visando apreciar as relações interpessoais significativas;
- 3-) *Falar sobre a relação com amigos e demais pessoas*, complementando e expandindo a compreensão das relações interpessoais significativas;
- 4-) *Quando adoeceu*, investigando fatores desencadeadores;
- 5-) *Como foi o momento da constatação do adoecimento*, para compreender os mecanismos defensivos e capacidade elaborativa de conflitos;

6-) *Como compreende seu adoecimento*, ainda visando compreender os mecanismos defensivos e capacidade elaborativa de conflitos;

7-) *Como tem sido sua vida desde o adoecimento*, buscando observar aspectos adaptativos, de aceitação e estratégias, bem como possíveis prejuízos, angústias e sofrimentos desencadeados pela doença.

É importante dizer que em uma entrevista semiestruturada o roteiro é apenas entendido como disparador de entrevista, não havendo a obrigatoriedade de ser cumprido, tampouco de se restringir a ele, sendo complementado e desenvolvido conforme a entrevista se realiza.

3.3.4 Procedimentos

As realizações dos procedimentos se deram presencialmente nas datas de 14 e 19/01/2021, mesmo que estivesse ocorrendo o isolamento social em decorrência do cenário mundial de enfrentamento ao Novo Coronavírus. O Governador do Estado de São Paulo editou, em 13 de março de 2020, o Decreto 64.862 que *“Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações para o setor privado estadual.”* Posteriormente, publicou os Decretos nº 64.881, de 22 de março de 2020, que *“Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares”*, e nº 65.088, de 24 de julho de 2020, que *“Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881.”*

A intenção era realizar os procedimentos no município de Adamantina/SP, local da clínica particular da pesquisadora, que seria o palco da pesquisa. Como a clínica possui outras salas ocupadas por médicos e pessoas autoimunes compõem grupo de risco para COVID-19, optou-se por realizar a aplicação na residência da pesquisadora, no município de Americana/SP, visto que também a pesquisadora compõe grupo de risco por doença respiratória crônica desde a infância e seguiu atendendo seus pacientes apenas em um espaço adaptado e reservado para isso em sua residência, por meios remotos, evitando risco de contágio para todos os envolvidos.

Ressalta-se que era possível manter um distanciamento social adequado durante a aplicação dos procedimentos; as máscaras faciais foram devidamente utilizadas, tanto que uma das participantes a menciona durante a aplicação; o álcool em gel estava disponível e a pesquisadora estava sozinha em sua residência para evitar qualquer desconforto às participantes. Ambas também compareceram sozinhas para a realização da pesquisa, dirigindo

seus próprios veículos. A pesquisadora informou às participantes que estava efetivamente em isolamento social restrito e que não impunha risco de contágio da COVID-19 e ambas concordaram com a participação e mostraram-se seguras com o ambiente adequadamente preparado.

Mesmo que o Procedimento de D-E (T) seja comumente realizado em uma única Unidade de Produção, nessa pesquisa foram solicitados 4 (quatro) desenhos no Procedimento. No 1º desenho solicitou-se: “Desenhe uma criança saudável”. No 2º desenho: “Desenhe uma pessoa saudável”. No 3º desenho: “Desenhe uma pessoa com Lúpus/Psoríase”, esclarecendo que era mencionada apenas a Doença Autoimune que a participante em específico apresentava. No 4º e último desenho: “Desenhe você convivendo com Lúpus/Psoríase.”

Essa sequência de quatro desenhos, que se configuram em quatro Unidades de Produção, buscava levar cada participante a gradualmente se aproximar de sua doença e todas as implicações para, então, entender a relação da doença com seu desenvolvimento ao longo da vida e com o próprio adoecimento, bem como o enfrentamento psíquico diante do cotidiano e da Doença Autoimune e, posteriormente, suas limitações e dificuldades, para compreensão das estratégias de defesas psíquicas.

Essa aproximação gradual foi entendida como necessária para que pudessemos observar o máximo possível das implicações no desencadeamento da Doença Autoimune e na convivência com ela, tendo mais material para hipóteses que seriam levantadas na *livre inspeção do material*, proposta por Trinca.

Essencialmente, essa aproximação gradual visava possibilitar uma abordagem mais cuidadosa e sensível a um tema tão mobilizador e delicado às participantes. Assim, não há a intenção de interpretar isoladamente cada Unidade de Produção, mas o desenvolvimento das participantes ao longo do processo e a totalidade de dados produzidos e observados.

Ao final desse procedimento, realizou-se a entrevista semiestruturada. Bastou um único encontro para que fossem contemplados ambos os procedimentos com as duas participantes, até mesmo porque, em decorrência dos riscos de contágio pela COVID-19, evitou-se um segundo encontro.

Os procedimentos realizados tiveram registro por gravação de voz, para que nenhuma informação se perdesse ou fosse alterada pelas percepções da pesquisadora. Esclarecemos que, caso percebêssemos que a pesquisa pudesse ter mobilizado as participantes, deixando-as angustiadas, aflitas ou desconfortáveis, a pesquisadora havia se comprometido a marcar um ou mais encontros que não precisariam ser sistematizados para a pesquisa, mas que teriam

objetivos exclusivos de acolhimento, orientação e, se necessário, encaminhamento para psicoterapia e/ou outros tratamentos especializados.

Nenhuma participante solicitou encontros posteriores aos previstos, mas destaca-se que ambas participantes já tinham uma rotina de cuidados com sua saúde, envolvendo médicos de especialidades diversas e, em alguns períodos, profissionais de psicologia.

Após a análise dos dados da pesquisa foi realizada uma entrevista de devolutiva com a participante com Psoríase, feita apenas verbalmente, que não foi sistematizada para fins de pesquisa, mas teve como objetivo apenas cumprir as recomendações do Conselho Federal de Psicologia de que toda técnica psicológica realizada, ainda que para fins pedagógicos e de pesquisa, deve culminar em uma devolutiva ao sujeito que participou de tal procedimento, assegurando tão somente o bem-estar das pessoas envolvidas nesses processos.

Lamentavelmente, quando a pesquisadora tentou marcar a entrevista de devolutiva com a participante com LES, foi informada de que ela havia falecido em decorrência do câncer.

Os materiais produzidos em todo esse processo ficarão em posse exclusiva da pesquisadora e serão guardados, mesmo depois da tese concluída, assegurando sigilo. Os dados das participantes são utilizados de maneira a enriquecer e validar a pesquisa, mantendo suas identidades preservadas, adotando nomes fictícios neste trabalho e omitindo quaisquer dados muito específicos que possam revelar de alguma forma suas identidades.

3.3.5 Análise dos Dados

A sistematização de dados se deu por meio da transcrição, na íntegra, de todo o processo que envolveu os Procedimentos de Desenhos-Estórias com Tema e as entrevistas semiestruturadas, que foram submetidos a orientações e discussões acadêmicas com o Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, e a supervisões com a Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza, que não tem nenhuma relação com a pesquisa, mas apresenta amplo conhecimento e experiência prática em técnicas de avaliação psicológica, incluindo o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, bem como em clínica psicanalítica, de modo a garantir que os interesses deste trabalho não se sobrepusessem aos aspectos psicodinâmicos realmente explicitados pelos desenhos e pelas entrevistas.

As leituras, supervisões e orientações configuraram as discussões que são apresentadas nesse trabalho. No corpo do trabalho são explicitados apenas trechos das transcrições das entrevistas, suficientes para demonstrar a construção de conhecimento proposta, mas que

garantem o sigilo de informações que poderiam expor as participantes além do necessário. As transcrições das aplicações do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema encontram-se em sua íntegra no corpo do texto.

A análise dos dados se deu por meio da teoria psicanalítica, buscando aspectos da vida dessas participantes que, apesar de subjetivos, coincidiam e configuravam um ponto comum em suas dinâmicas psíquicas, dando luz ao discurso manifesto dos indivíduos presentes nos inquéritos e nas entrevistas, mas também ao discurso latente, como propõe o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema pelos aspectos simbólicos e gráficos encontrados nos desenhos.

Como destaca Trinca (2020, p. 23):

O profissional deverá procurar nesse contexto as interpretações que lhe pareçam mais significativas, selecionando o essencial com base, especialmente, na livre inspeção do material. A seleção, porém, se conectará estreitamente com a elucidação dos significados dos sofrimentos, considerando que cada indivíduo humano organiza uma constelação de especificidade simbólica. O D-E foi construído visando sintonia com a pessoa e adaptando-se ao modo particular de ela ser e de se manifestar.

Assim, buscamos essa especificidade em cada participante da pesquisa, ao mesmo tempo em que nos aproximamos das sutilezas em comum que se apresentam nas pessoas com Doenças Autoimunes.

Vejamos, a seguir, as peculiaridades e generalidades que as participantes nos permitem observar.

4 AS VÁRIAS FACES DAS ESTRATÉGIAS PSÍQUICAS DE IONÁ E MAYA

ME CURAR DE MIM

*Sou a maldade em crise
Tendo que reconhecer
As fraquezas de um lado
Que nem todo mundo vê
Fiz em mim uma faxina e
Encontrei no meu umbigo
O meu próprio inimigo
Que adoece na rotina
Eu quero me curar de mim
Quero me curar de mim
Quero me curar de mim
O ser humano é esquisito
Armadilha de si mesmo
Fala de amor bonito
E aponta o erro alheio
Vim ao mundo em um só corpo
Esse de um metro e sessenta
Devo a ele estar atenta
Não posso mudar o outro
Eu quero me curar de mim
Quero me curar de mim
Quero me curar de mim
Vou pequena e pianinho
Fazer minhas orações
Eu me rendo da vaidade
Que destrói as relações
Pra me encher do que importa
Preciso me esvaziar
Minhas feras encarar
Me reconhecer hipócrita
Sou má, sou mentirosa
Vaidosa e invejosa
Sou mesquinha, grão de areia
Boba e preconceituosa
Sou carente, amostrada
Dou sorrisos, sou corrupta
Malandra, fofqueira
Moralista, interesseira
E dói, dói, dói me expor assim
Dói, dói, dói, despir-se assim
Mas se eu não tiver coragem
Pra enfrentar os meus defeitos
De que forma, de que jeito
Eu vou me curar de mim?
Se é que essa cura há de existir
Não sei. Só sei que a busco em mim
Só sei que a busco.
(Música de Flaira Ferro)*

Como o proposto, todos os nomes próprios, de localidades e de instituições apresentados são fictícios. Os dados estão organizados por participante, apresentando-as primeiramente e, em sequência, suas Unidades de Produção, ou seja, os desenhos produzidos, verbalizações, títulos e interpretações. Posteriormente, trazemos a unificação do material produzido por ambas as participantes, visando os conhecimentos que relacionem as Pulsões de Vida e de Morte com as Doenças Autoimunes.

4.1 Sobre Ioná

Ioná chega para o Procedimento pontualmente. Está bem vestida e mostra-se muito prestativa, comunicativa e esclarecida, mas também um pouco agitada e apressada.

Ioná tem 59 anos, é casada com Ícaro, de 61 anos. É empresária, trabalhando com práticas pedagógicas e inclusão. Seu marido também é empresário, porém, em outro ramo. Tem dois filhos: Ênio e Lívia, ambos casados, tendo três netos. Atualmente, mora com o marido e a mãe, de quem cuida e que tem 82 anos de idade, com quem descreve haver muitos conflitos. Seu pai também morava com eles, mas faleceu há quase dez anos, tendo sido etilista por muito tempo e apresentado comorbidades ao final da vida que o levaram a óbito.

Desde os vinte anos de idade apresenta Transtorno do Pânico e, em torno de 15 anos atrás (não soube precisar), recebe o diagnóstico de Psoríase. Ioná conta que teve uma Depressão Pós-Parto muito acentuada após o nascimento do primeiro filho.

Toma psicotrópicos continuamente desde jovem, em decorrência das crises de pânico e depressivas, que foram sendo alterados e até culminaram em tentativas frustradas de retirada ao longo do tempo.

Atualmente, faz uso do Lexapro, que se trata do oxalato de escitalopram, um medicamento classificado como Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina, utilizado para o tratamento da Depressão, da Ansiedade e dos transtornos a elas relacionados, tais como Pânico, Ansiedade Social e Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Ioná diz: *“(...) eu estava grávida do Ênio quando eu comecei, eu tive crises de depressão muito sérias e aí na época eu não sabia, porque isso tem muitos anos, eu fui encaminhada para o psiquiatra (...) fui diagnosticada alguns anos depois com Síndrome do Pânico (...) e essa questão foi muito impeditiva no começo, né, porque foi uma Síndrome do Pânico gravíssima mesmo, de não sair, não conseguir dirigir, não fazer e eu sempre fui muito dinâmica, muito elétrica, então, durante esses anos todos, né, são mais de 30 anos que eu me*

trato (...) faço um acompanhamento psiquiátrico, ora com ajuda terapêutica, ora não (...) eu tenho realmente uma bioquímica muito deficitária e na minha família inteira. Para você ter uma noção, minha mãe, meu irmão e eu, nós nos tratamos com médicos diferentes e a nossa medicação é igual, ou seja, já fiquei sem medicação ao longo desses anos, mas a resposta é muito ruim.”

Sobre a aceitação e compreensão do Transtorno do Pânico, Ioná acrescenta: *“Magda, eu lido muito bem com isso, né, mas para eu chegar até aqui foi difícil, eu não aceitava, achava que eu podia controlar (...) hoje eu trabalho com diversidade, né, eu trabalho com pessoas com deficiência e um dos pilares é o transtorno mental, são as doenças psicossociais, então hoje eu tenho um olhar muito diferenciado para isso, né. Eu trabalho com a minha questão espiritual também, então eu busco várias alternativas para entender e aceitar um pouco essas questões, de que eu tenho uma doença mental e tenho que tratar, né, e eu trato. E hoje com bastante tranquilidade, né, então atualmente tomo a medicação, então acho que isso é importante para você colocar na pesquisa, tá bom?”*

Ioná destaca o uso de psicotrópicos receando que a medicação pudesse alterar os dados coletados e foi esclarecida de que, como está bem no momento da investigação, conforme sua própria confirmação, e já é medicada há muito tempo, não haverá prejuízos à pesquisa.

Quando a pesquisadora solicita que fale de sua infância, imediatamente responde: *“Foi uma infância nada fácil, nada fácil, como eu já disse para você, nós éramos muito pobres, muito pobres, né, de ter sérios problemas de ter coisas (...) minha mãe sempre precisou trabalhar, meu pai era funcionário público, meu pai não era um pai ausente, mas era um marido, um cara de parceria em casa ausente, no sentido de prover coisas (...).”*

Menciona uma vida de dificuldades financeiras: *“Meu irmão e eu começamos a trabalhar muito cedo, muito cedo (...) meu irmão com 11 já ficava numa oficina, trabalhando, limpando peças, e eu com 12 anos já comecei a trabalhar (...) principalmente por parte da minha mãe, era uma vida de muita disciplina, muita disciplina. Minha mãe era muito brava, muito exigente, né, e não era uma mãe de sentar e falar ‘não, precisa disso, porque isso vai ser importante para você’; era ‘assim será e assim vai ser’. (...) eu fui uma criança muito só, muito só, porque meu pai bebia e minha mãe trabalhava (...) fui uma criança muito triste (...) não fui uma criança que foi estimulada, que me levavam para passear, que sentavam comigo para ler, não! Eu fazia minhas coisas, ia para escola, voltava, enfim. Então, não foi uma infância das mais tranquilas (...) não tenho recordações felizes da minha infância, eu não consigo te retratar*

nenhuma cena assim 'Nossa! Olha que legal', né. Eu não tenho nenhuma memória muito feliz, né, da minha infância."

Indagada acerca de terem tido escassez de alimentos ou demais itens imprescindíveis, esclarece: *"(...) passar fome nunca, mas morávamos em casa de aluguel, morávamos muito modestamente (...) enfim, não dava para ir no mercado e comprar coisas das mais gostosas, mas passar fome não, mas não tínhamos muitas roupas, muitos sapatos (...) não éramos abastados, mas não éramos miseráveis (...)."*

Ioná conta que esteve por dois anos em um Colégio Interno: *"(...) meu irmão adolescente, você imagina, nós temos quatro anos de diferença, eu tinha 9, meu irmão tinha 13, então, ele trazia escondido os moleques em casa e minha mãe ficou muito apreensiva em relação a isso, né; minha mãe tem uma, minha mãe lida com a questão da sexualidade de uma maneira muito complicada e então minha mãe falou assim 'isso aí vai dar problema, já, já essa molecada e tal'. E minha mãe não tinha quem ficasse comigo, né, então foi quando eu fui para o colégio. (...) se eu disser para você que eu chorava no Colégio Interno, não, era um colégio só de meninas, né, não era um colégio enorme (...) tenho lembrança de ser umas 20 meninas; eu tinha amigas lá, mas era um quartel general (...). Enfim, não foi uma das coisas mais gostosas que eu vivi. Então minha infância de um modo geral foi uma infância triste, não foi uma infância das melhores, não, não foi."*

Esclarece que os seus pais nunca se separaram legalmente ou efetivamente, mesmo não havendo um relacionamento adequado: *"Era um relacionamento terrível, terrível (...) eu presenciava muito essa agressão verbal: 'Você não presta, você não serve para nada', 'você não sei o quê'. (...) nunca violência física, mas verbal, então, nunca ninguém quebrou nada em casa, nunca ninguém bateu no outro, não, isso não, mas, era um relacionamento ruim, muito ruim (...) minha mãe acho que tinha alguns casos, meu pai também (...) então, era um relacionamento muito complicado mesmo, era muito complicado, não era saudável (...) eu sei que tinham vidas paralelas, né, mas nunca se separaram de sair da mesma casa, mas era assim, cada um ficava num quarto."*

Quando a pesquisadora pergunta como é sua relação com o seu irmão, responde: *"De cuidado, de cuidado. (Pesquisadora: Mútuo?) Não! Uma outra questão da minha mãe é que eu sempre fui, é como se, é como se eu fosse a fortaleza da família, então, até se você conversar com primos, com tios (...) porque eu fiz uma carreira (...) foi uma ascendência profissional, né, eu sou muito respeitada na família com isso; então as pessoas acham que é o máximo tudo isso, né, e o meu irmão estacionou (...) hoje então meu irmão trabalha comigo (...) tem uma relação*

de subordinação onde ele me respeita zé (inicia com a sílaba zé, mas não conclui a palavra. No entanto, considerando que a seguir fala em 100%, podemos pensar em um ato falho, onde iria dizer zero, sugerindo algum conflito nesta questão), 100%, né, a gente se dá muito bem trabalhando e a minha relação de irmão é assim, a minha mãe diz 'Coitado de seu irmão!'. Meu irmão tem uma cardiopatia muito grave (...) quase partiu, foi muito difícil para mim (...) Hoje meu irmão é uma bomba-relógio (...) para explicar a minha relação com meu irmão, quando ele saiu da UTI, ele veio para minha casa. Ele é casado, tem mulher, tem filhos, mas minha cunhada não deu conta, então veio ele e minha cunhada (...) montamos uma UTI em casa e o meu irmão ficou seis meses em casa (...). Não é aquele irmão que você vê uma vez por ano ou uma vez a cada quinze dias, eu falo com meu irmão todos os dias, pelo trabalho, mas também, ele é extremamente carinhoso comigo, né. Ele é extremamente grato comigo (...)."

Ioná ressalta que sua mãe lhe cobra desses cuidados com o irmão e também com demais parentes.

Menciona boa relação com filhos e netos, queixando-se apenas de um distanciamento afetivo do filho, tanto que finda a entrevista com essa pontuação, quando questionada se gostaria de acrescentar algo antes de encerrarmos: *"Tem uma coisa, sim, que eu não falei e que eu acho que pode ter alguma relação, que possa ser bom você saber: eu sou louca pelos meus filhos, Ênio e Livia, né. Mas tem uma questão no Ênio que isso tem um impacto sobre mim. (...) nunca o Ênio me deu problema. Então é aquele filho perfeitinho, sabe? (...) estereotipadamente falando, é tudo perfeito! Mas o Ênio não é carinhoso! O Ênio não é o Cido. O Ênio não é 'mãe, eu te amo!' Ele é pontual e eu sinto falta, isso eu sinto falta. A Livia não. A Livia já chega, já beija, abraça, então, esse é um tema que já me deixou mais triste antes, hoje, não, porque eu tenho trabalhado isso; cada um dá o que pode dar, né, o que pode dar, então eu acho o Ênio pouco afetuoso. Eu tenho certeza que ele nos ama, absoluta, quando eu falo 'papai caiu' ele despenca, ele vai, 'Mãe você tá com dinheiro? Mãe eu não quero ver você numa situação difícil; Mãe o que você está precisando?', mas assim não: 'Mãe, eu te amo, vem cá me dá um abraço'; às vezes eu tô lá na casa dele e eu falo 'posso deitar no teu colo?' ele fala 'Mãe para com isso', então isso é uma coisa que não veio aqui e que eu sinto falta."*

A pesquisadora observa que Ioná fala mãe e Cido, ao invés de mãe e pai e questiona-lhe o porquê: *"Não sei, não sei. (Pesquisadora: Sempre foi assim?) Não, não, não, nunca chamei ele de Cido, brincando eu chamava 'Cido, eu vou te socar!'; 'pai bença; pai bença'; 'mãe bença', mas eu falo muito Cido, sim, 'a minha mãe e o Cido', mas, a gente chamava ela de Dadá, o nome dela é Daniela e a gente chamava de Dadá, então assim, o 'Dadá' é*

carinhoso, quando eu falo ‘Dadá, Dadá’, eu vou falar dela para alguém ‘porque a Dadá’, aí é quando está tudo bem, então quando eu falo mãe é porque, né, então é Dadá e Cido. Cido é uma forma mais carinhosa, mas eu chamava ele de pai, sim, chamava de pai, sim, mas, sim, eu tenho falado bastante Cido, já falei bastante, mas não sei, não sei. Você me ajuda? Analisa e fala para mim depois.”

Já pela explicação fica claro que, então, se referiu ao pai com carinho em vários momentos, pelo apelido *Cido*, ao passo que durante todo o processo com a pesquisadora, as sensações em relação à mãe eram de conflito, pois não se referiu a ela como *Dadá*, mas como *mãe*. Ao longo do procedimento, em vários momentos os conflitos maternos são retomados, firmando a importância da figura materna em sua vida e possibilitando compreender o uso de *mãe* e não *Dadá*.

Com relação à sua vida social, Ioná se mostra satisfeita: *“Minha relação social, eu acho muito, eu acho muito boa, eu gosto de me relacionar com as pessoas; eu sou muito aceita; pode ser também que eu monte alguma coisa para ser aceita, né, mas assim, eu me dou bem com meus tios, primos, primas, com as minhas funcionárias.”*

Ioná frisa bastante sua aceitação social: *“Tive uma evolução funcional muito boa. Eu vejo a minha relação com as pessoas muito boas, muito boas, né, eu não consigo ver nenhuma questão nesse, nesse tópico. Eu me relaciono bem, de um modo geral, com as pessoas. Nos meus ciclos sociais eu me relaciono bem, sou muito bem aceita, né, sou muito aceita, sou muito querida, não tenho nenhuma questão que eu me lembre que eu possa te relatar.”*

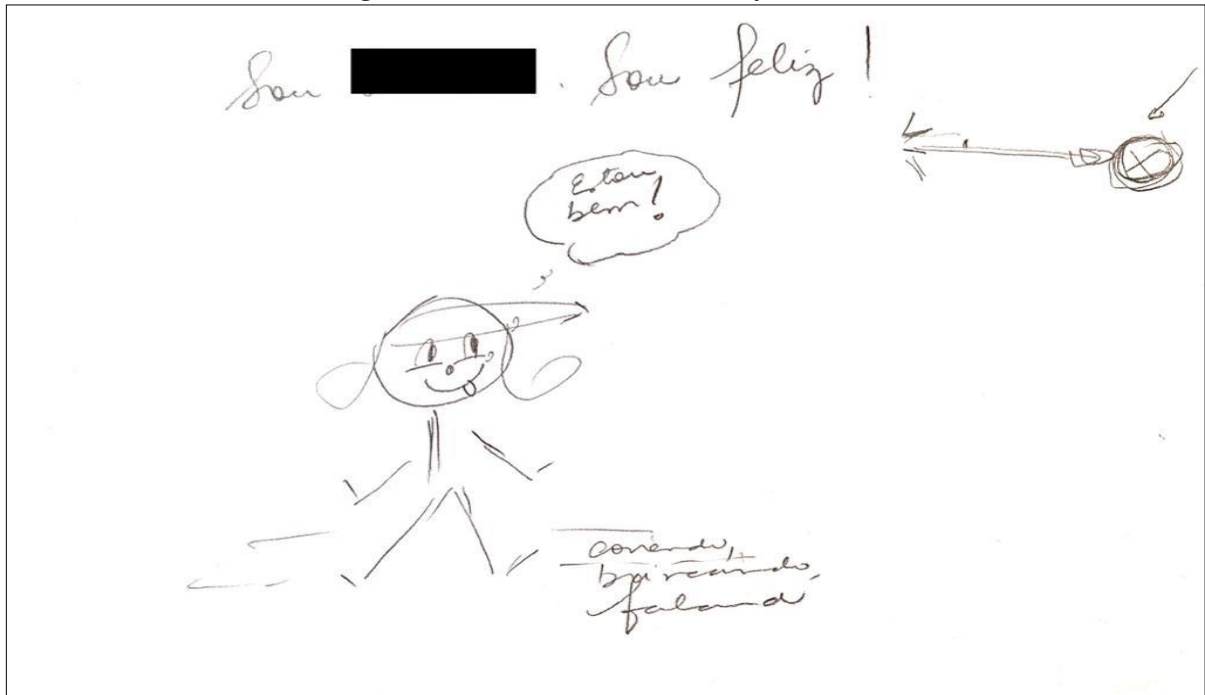
Permanecendo com essas informações enquanto uma contextualização acerca do curso de vida de Ioná, seguem os desenhos produzidos, as verbalizações e as interpretações, nas quais há a busca pelo discurso latente e pelos conflitos e comunicações inconscientes que podemos compreender mediante o que foi possível ser observado, com base nos dados obtidos.

Lembramos que as interpretações tiveram como embasamento a *livre inspeção do material*, proposta por Walter Trinca (2020).

4.1.1 Unidade de Produção: Criança Saudável de Ioná

Título: Sou Darci. Sou feliz!

Figura 1 – Primeira Unidade de Produção de Ioná



Fonte: elaborado pela participante Ioná (2021).

Obs.: As tarjas pretas encontradas em todas as figuras de Ioná escondem os nomes reais utilizados pela participante, visando garantir sigilo. Inclusive, o nome *Darci* foi usado pela pesquisadora mantendo a intenção de Ioná em adotar um nome próprio que pudesse ser utilizado por ambos os gêneros.

Verbalizações

Pesquisadora: Eu queria que você desenhasse para mim...

Ioná: *Com o quê?* (Interrompe a pesquisadora com essa questão)

Pesquisadora: Com o recurso que você quiser (apontando os materiais disponíveis ao lado de Ioná).

Ioná: *Tá.*

Pesquisadora: Uma criança saudável.

Ioná: *Não sou boa em desenho, habilidades zero! Pensa numa habilidade zero, tá!*

Pesquisadora: Não se preocupe com isso, fique muito à vontade.

Ioná: *Uma ou duas?*

Pesquisadora: Como quiser.

Ioná: *Porque que eu falei uma ou duas, porque eu colocaria uma criança do sexo masculino e outra feminino, mas eu vou fazer o seguinte, então, eu posso ir falando ou só desenhar?*

Pesquisadora: Pode, fique à vontade, como você preferir.

Ioná: *Então, ok, ou uma menina ou um menino, em termos de orientação sexual qualquer* (breve silêncio) *saudável?*

Pesquisadora: Saudável.

Ioná: *Saudável* (breve silêncio) *como que eu faço ela correndo?* (falando mais baixo, consigo mesma) *Eu não vou, eu não vou conseguir desenhar, eu não tenho habilidade, mas eu vou dizer correndo, brincando, falando* (breve silêncio enquanto escreve essas palavras na ordem dita), *pronto! Ok!*

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você me contasse uma estória desse desenho.

Ioná: *Bom, eu sou uma criança, né, ham, nesse momento não tenho, não tenho nenhum, não tenho sexo, eu posso ser tanto do sexo masculino como feminino, ham, eu estou bem* (escreve *estou bem*, como que se fosse um pensamento), *né, ham, eu moro com a minha família, eu tenho, eu tenho referências muito boas, né, essa criança tem, não sou eu, então não é na primeira pessoa, essa criança, começando de novo, tá, ham, meu nome é Darci, porque esse nome pode ser tanto do sexo masculino como feminino, moro com os meus pais, ham, independente se é um homem ou uma mulher, mas eu tenho boas referências, né, ele, de novo eu estou passando para a primeira pessoa.*

Pesquisadora: Fique tranquila, não se preocupe.

Ioná: *Tá, eu moro com a minha família, né, meu nome é Darci, e, eu tenho uma boa alimentação, gosto muito de correr, de brincar, de falar, tenho brinquedos, ham, tenho momentos de prazer, tenho momentos de diversão, tenho momentos de alegria, ham, e sou, e sou muito bem tratada pela minha família, então tenho ótimas referências, ham, e vou à escola, gosto muito da escola, né, ham, e gosto muito de festas também, essa criança também gosta muito de festas. É isso.*

Pesquisadora: Você disse que você gostaria de desenhá-la correndo, essa criança, por quê?

Ioná: *Me traz movimento, né, quando eu penso numa... estar bem, de ser feliz, eu penso no movimento, na vida, nas possibilidades, não é correndo para fazer rápido, mas é movimento, nesse sentido, tá?*

Pesquisadora: Você ficou bastante preocupada em não fazer em primeira pessoa, impessoal.

Ioná: *Isso! É, é, aí eu imagino, né, que seja um traço da minha personalidade, eu sempre sou muito orientada ao resultado, então, eu tenho que chegar aqui, alguém me solicita alguma coisa aqui, eu fico sempre checando, né, como que eu faço para chegar aqui* (nesse momento a participante pega novamente o lápis e seu desenho já encerrado e faz um traço em direção a um provável alvo e reforça o contorno, mostrando que fica focada em atingir esse alvo), *se eu estou aqui eu volto, porque como eu sou muito orientada, a minha preocupação é, puxa, eu não sei, eu não sei a perspectiva de correr, então, mas é primeira pessoa ou segunda pessoa? A primeira pessoa eu falo de mim ou eu falo da estória, então é mais preocupada com o resultado, com o que você está esperando de mim.*

Pesquisadora: Essa criança também está com essa preocupação?

Ioná: *Sim.*

Pesquisadora: Sim?

Ioná: *Sim, essa criança, ela tá... no que eu fui desenhando, eu misturava, né, se era eu, se era uma criança, se eu tinha que tratar, porque você me falou, ham, a orientação inicial, deixa eu ver se eu lembro, você disse: 'escreva, desenha, faça uma representação através de um desenho de uma criança saudável', é isso né?*

Pesquisadora: Isso, desenha uma criança saudável.

Ioná: *E aí eu faço uma relação de saúde com bem-estar e saúde sobre vários aspectos, saúde física, emocional e espiritual.*

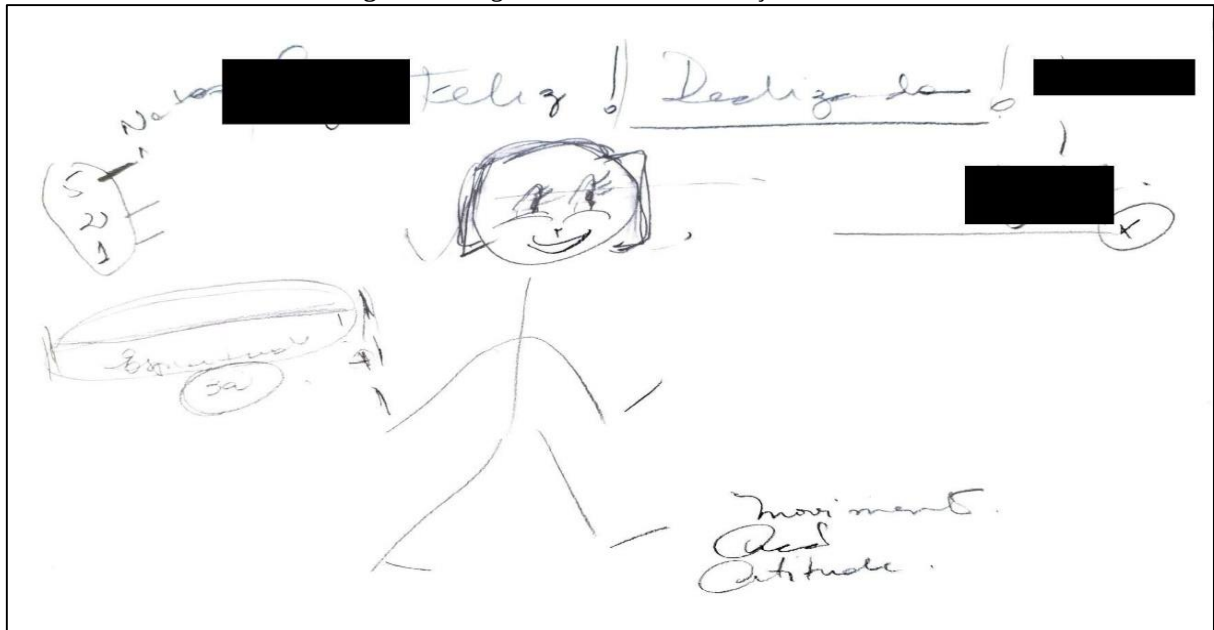
Pesquisadora: Entendi. Quer acrescentar algo?

Ioná: *Não, é isso.*

4.1.2 Unidade de Produção: Pessoa Saudável de Ioná

Título: Ioná Feliz! Realizada!

Figura 2 – Segunda Unidade de Produção de Ioná



Fonte: elaborado pela participante Ioná (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Desenhe uma Pessoa Saudável.

Ioná: *Uma pessoa?*

Pesquisadora: Isso.

Ioná: *Eu acho que ela tem, eu vou tratar igual, tá, vou colocar numa perspectiva um boné, pensando em mulher e homem, não sem sexo, obviamente, ham ham, tá uma pessoa saudável, ham, o traço é o mesmo, né, ham, e aí a questão do movimento, eu gostaria... eu não sei desenhar, mas uma questão de movimento, né, essa pessoa em movimento, essa pessoa em ação, em atitude, então movimento, ação e atitude, né (escreve essas palavras nessa ordem) e quando você fala saudável, eu não consigo pensar só na saúde física, tá, eu penso na saúde física, na saúde emocional, na saúde espiritual, eu penso numa saúde sob vários aspectos, uma pessoa saudável. Ok!!*

Pesquisadora: É isso?

Ioná: *Sim!*

Pesquisadora: Você já me contou uma estória, já foi desenhando e contando, é isso?

Ioná: *Isso!*

Pesquisadora: Quer acrescentar mais alguma coisa nessa estória?

Ioná: *Faz não com a cabeça.*

Pesquisadora: Quem seria essa pessoa?

Ioná: *Eu acho que pode ser eu, pode ser a Ioná, pode ser eu, sim, tá, não, não, não vou pensar, porque ali era criança, criança era qualquer criança (aponta a folha que havia terminado de desenhar) então, eu posso mudar o desenho no meio do caminho? Não né?*

Pesquisadora: Pode.

Ioná: *Pode, então, porque aí se esta pessoa é a Ioná, então aí sim ela já tem características dela, né, porque você falou uma pessoa, aí você perguntou: ‘essa pessoa pode ser você?’, e eu falei pode, pode, então aqui eu vou fazer meu cabelinho, né e aí esse cabelinho aqui (nesse momento apaga o boné que havia feito e coloca cabelos) essa é a Ioná, estou fazendo esse cabelinho aqui, sim, essa pessoa é a Ioná. Tá?*

Pesquisadora: Tá. Tem mais algum personagem na sua estória que você não precisa desenhar, mas que você queira incluir?

Ioná: *Ah, sim! Se você me pedir, sim, lembra a questão do foco, do resultado, então se a sua orientação é, a sua orientação inicial é ‘desenhe uma pessoa saudável’, aí eu desenhei; ‘essa pessoa pode ser você?’, sim, pode ser eu, tá, então aí coloquei a Ioná, aí você tá dizendo assim ‘você quer colocar alguém nessa estória?’, sim, sim, eu quero, precisa desenhar?*

Pesquisadora: Não.

Ioná: *Não precisa desenhar, né, eu coloco hoje meu parceiro, meu marido, né, quase 40 anos e ele, ele tá nessa construção desse movimento, dessa ação, dessas atitudes, dessas buscas, então, sim, eu colocaria o Ícaro. Tá.*

Pesquisadora: Você quer contar alguma estória em torno do desenho, incluindo o Ícaro?

Ioná: *Acho que sim, né, a Ioná, ham, é uma pessoa saudável, eu sou uma pessoa que eu considero saudável, obviamente não 100%, né, mas estou em busca de melhorias dessa saúde, então eu tô voltando lá na saúde, né, no tema inicial, então eu tô buscando uma saúde física, né, então nessa história. Ontem eu marquei vários exames, eu tenho uma questão, uma osteopenia, uma questão óssea, eu tô tratando, tô precisando fazer uma reeducação alimentar, então também estou buscando isso, por uma perda de peso, trato a minha saúde mental, né, há muitos anos, eu não nego, já neguei, né, mas nos últimos anos não nego, eu sei dessa questão e também busco a minha saúde espiritual (escreve Espiritual). Em todos esses aspectos o Ícaro está junto, todos, sem nenhuma exceção, então é uma relação, ham, de bastante cumplicidade,*

bastante cumplicidade nesse sentido sabe de buscar, então, e é uma estória feliz (escreve Ioná Feliz!). Eu me sinto uma pessoa feliz. 100% do tempo? Absolutamente! Mas, eu acho que a gente pode trocar por realizada (escreve Realizada!). E sempre converso com Ícaro, ham, e digo o que hoje, se alguém chegasse para mim e dissesse assim: 'Ioná o que você, o que falta?', eu diria para você hoje, nada, nada, de novo, não é uma felicidade 100%, mas é uma sensação de estou bem, estou bem, as coisas estão indo. Eu tenho uma boa condição de vida, eu posso ir ao mercado e comer uma coisa. Eu, eu, eu, a minha régua, a história, a minha régua de felicidade, ela, ela não é a felicidade de outras pessoas, porque cada um é um, então eu não preciso ter um carro 'ó, meu Deus!', mas eu tenho meu carro que anda. Eu não preciso ter o melhor, o melhor restaurante do mundo, mas eu posso ir ao restaurante, não no COVID, né, eu tenho uma família, eu tenho um irmão, né, tenho mãe, tenho pai que foi embora, mas, faz parte da vida e hoje eu consigo ver isso, mas quem tá me trazendo esta, essa, esse equilíbrio, essa, essa, é a questão espiritual, que eu não tinha (circula a palavra Espiritual), então, tem três anos que eu estou buscando isso (escreve 3a) eu acho que eu encontrei um caminho que está (assopra e abre os braços como que expandindo os limites do corpo), que está me dando essa sensação. Se eu tivesse na tua frente há três anos atrás, eu não taria falando isso com você, então hoje eu tenho, eu divido minha vida, meu trabalho profissional que me alimenta e eu amo o que eu faço, amo o que eu faço. Tenho três netos que eu amo, eu amo a minha família e idolatro a minha família, ham, e eu tenho meu trabalho voluntário, ham, que me preenche, né, minhas ações voluntárias, que elas me dão uma sensação de alegria e felicidade. Então hoje eu me sinto realizada (sublinha a palavra realizada). 'Ioná se você partisse hoje, você ficou com alguma coisa?' Não, mas eu não quero partir, eu quero viver mais, eu quero curtir, né. Eu tenho aqui 5, 2 e 1 e (escreve Netos e 5, 2 e 1 no papel enquanto fala), que são as idades dos meus netos, 5 aninhos, 2 aninhos e 1 aninho (assinala como que enfatizando cada número escrito), tem o Ícaro, eu tenho Ícaro (escreve o nome Ícaro), tem Ênio e Lia (escreve os nomes dos filhos também), tem minha mãe (passa um traço). 'Ioná você tem problemas?' Muitos, né, tenho, sim, tenho, sim, né, mas eu sou realizada, sou feliz (coloca x e o circula). Então é uma história alegre, é uma história feliz, a palavra é ruim, mas é uma história de sucesso, não foi fácil chegar aqui, não, nesses quase 60 anos, né, mas assumo meus 60 anos com meus cabelos grisalhos, ser gordinha, eu tô querendo emagrecer porque eu agacho para brincar com os netos, eu já não levanto, estou acima do peso, o osso já não está dando conta, mas é isso.

Pesquisadora: Faz tempo que você se sente realizada?

Ioná: Não, não, eu acho que a idade tá trazendo isso, né. Diferente do que eu imaginava quando eu era mais jovem. Eu tive uma fase que eu achava que eu estava no auge da felicidade, 30, 35 anos, que eu vivi coisas que eu julgava que podiam, me trazer prazer né, ham, mas hoje meu prazer é tão outro, né, é tão diferente e não, eu tô sentindo essa sensação especificamente no último ano, no último ano, tá, antes disso eu tinha muita questão em relação à morte, em relação às perdas, em relação a dinheiro, não, mas em relação à minha questão sexual, à minha questão, de um ano para cá, eu sinto essa sensação, não é da semana passada para cá, é de um ano para cá.

Pesquisadora: Quando você fala questões com a morte, o que você está dizendo?

Ioná: Ah, eu tinha medo, muito medo, né, ham, então morreu, acabou e eu perdi uma grande referência que foi o meu pai, né, o Cido. O Cido vai fazer agora 7 anos, né, que, que, 8 anos agora em abril que o Cido partiu, foram anos muito difíceis para mim... antes dele partir, porque ele era uma referência para mim. Uma referência de amor e de alegria é meu pai, se ele estivesse aqui, ele daria um título para ele. Meu pai era um cara muito feliz, muito de bem com a vida. Meu pai ficou na cama por 10 anos e na cama trazendo, deixando esse legado para nós. E eu tinha muito pavor que meu pai fosse embora, então, eu estaria aqui na sua frente dizendo 'que angústia!' e hoje eu consigo entender; eu tive que viver aquela experiência para hoje poder ter um pouco essa, essa, então, foram coisas que eu vivi ao longo de muitos anos, ham, que eu achava. Então, era uma coisa meio, meio assim, ainda, né, a vida não é tão, tem dias que eu tenho vontade de socar a cara do Ícaro, no sentido brincando, né, mas eu, aí, hoje mesmo eu briguei com ele por causa do pedreiro, ham, mas assim, para chegar até aqui foi, foi complicadinho, mas, a morte, o medo da perda, né, ham. E hoje eu não tenho mais esse medo da perda, não. Eu perdi sonos, a Dedé, a neta mais velha, tem 5 anos, quando ela nasceu eu passava noites sem dormir, porque eu falava 'se esse bebê morrer eu morro junto', sabe, uma coisa muito doente mesmo, eu não tava, não tava bem. E agora eu acho que eu, eu não sei se daqui a pouco eu vou estar assim, mas hoje eu tô assim, hoje o título é Ioná feliz. Ioná realizada.

Pesquisadora: O que aconteceu com seu pai que ele ficou 10 anos na cama?

Ioná: Meu pai tinha, eu tive uma infância muito difícil, meu pai foi alcoólatra, né, e meu pai acabou com a saúde dele, bebia muito, né, e depois, por x razões, a história não vem ao caso, mas se você quiser eu posso falar...

Pesquisadora: Fique à vontade.

Ioná: Meu pai parou de beber e nos últimos 20 anos de vida meu pai se regenerou muito, né, mas, mesmo quando meu pai era alcoólatra, ham, é, a grande expressão de amor que eu

conheço na minha vida é meu pai, né, então, sempre muito carinhoso, muito querido, me fazia muita companhia. Não é a mesma referência que eu tenho com a minha mãe, né, não. Então pai e mãe, mãe muito diferente com dificuldade de relacionamento e meu pai uma delícia de relacionamento mesmo com essas questões, ham. Então meu pai ficou muito doente, meu pai teve um problema pulmonar muito grande, meu pai, meu pai tinha eczema, ecze...

Pesquisadora: Enfisema?

Ioná: Enfisema pulmonar, mas meu pai foi usuário de oxigênio, então tinha aquelas bolsas de oxigênio, de coisas, né, num dado momento descobrimos que meu pai tinha um câncer ósseo, então meu pai ficou realmente, o último ano foi muito difícil, mas meu pai viveu 10 anos usando oxigênio; morava, ele morava em Taubaté, eu morava aqui, mas aí eu trouxe, comprei um terreninho ao lado para trazê-los, então foi isso, mas eu tinha muito medo, eu acho que não era medo de perder meu pai, era medo de perder minha referência de alegria e de amor, que é exatamente o oposto da minha mãe, então eu dizia ... Então minha mãe sempre foi muito dura, enérgica, meu pai sempre muito muito. Então era esse medo, a morte era igual a acabou tudo, perdeu, acabou, e hoje eu estou um pouco mais tranquila em relação a esse tema em função da minha busca e eu comecei a buscar essa mudança da espiritualidade já um pouquinho antes do meu pai morrer; sempre fui católica, fui catequista na (...), ia na missa toda semana, enfim, e aí a religião católica não dava o, não me dava o que eu precisava e aí eu fui buscar no espiritismo, né, e eu me encontrei muito; hoje eu não digo que eu sou espírita, não sou, mas eu sou cristã, né, eu tenho estudado muito, quis fazer teologia, quis estudar um pouco a questão da vida, para entender os meus desafios, os meus medos e eu trabalho com pessoas com deficiência; eu trabalho com, de A à Z, uma deficiência muito leve até uma tetraplegia completa, uma pessoa completamente que só mexe o olho. Então, e essas questões vinham para mim 'por que isso?', porque eu sou a rainha do por que, então, eu fui buscar e eu tô gostando do que eu tô encontrando. Estou estudando um pouco de física quântica, estudando uma, outras questões, então eu tenho tido um pouco de, né. Não deixei completamente as coisas que eu acreditei, que eu fiz durante muitos anos em relação ao catolicismo, mas hoje eu não posso dizer que eu sou católica e nem espírita, mas eu, eu tenho buscado a minha conexão, a minha espiritualidade e isso tem me ajudado muito, estou gostando muito.

Pesquisadora: O que de fato levou ao óbito, o câncer ou a enfisema?

Ioná: Até hoje nós não soubemos; meu pai morreu em casa, comigo, num quarto que eu tenho em casa, né, mas ele já vinha, né, já vinha... o Ênio já, já... o Ênio acho que já estava formado, é, meu pai já estava com uma saturação muito baixa, o meu pai começou a ter mais

comprometimentos... a medicação... o oxigênio já não dava conta... então ele começou a ter uma falência.

Pesquisadora: Ele estava com quantos anos?

Ioná: *Meu pai estava com 77.*

Pesquisadora: Já estava bastante idoso, então começou a ter as comorbidades...

Ioná: *Já, já, mas ele era muito, né, ele dizia 'Nossa! Eu recebi a cura!', com o oxigênio no nariz, com o negócio eu dizia 'Cido, você é maluquinho, né?', mas assim, foi uma série de coisas, né, mas o, mas o principal mesmo foi o enfisema pulmonar. Mas, provavelmente, ele já, já tinha uma questão no intestino, que ele já... já tinha uma diarreia crônica no último ano que a gente não conseguia ter controle e não podia operar, não podia fazer nenhum exame mais invasivo, por conta do pulmão não dava conta, então, a coisa foi indo, dando umas complicações e ele assim, inconsciente, ele ficou uma semana só; mas foi inconsciente em casa, né, tomamos a decisão, já era uma fase terminal, os médicos disseram que era para levar pro hospital e nós dissemos que não e ele ficou quietinho ali e um belo domingo pum! (faz expressão de fim).*

Pesquisadora: Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Ioná: *Não, em relação a isso não.* (Quando a pesquisadora estende a mão para retirar o desenho de sua frente, Ioná pergunta “Quer meu desenho?” e a pesquisadora diz que sim com a cabeça, pega o desenho e Ioná continua:)

Ioná: *Nossa eu estou com vergonha dos meus desenhos.*

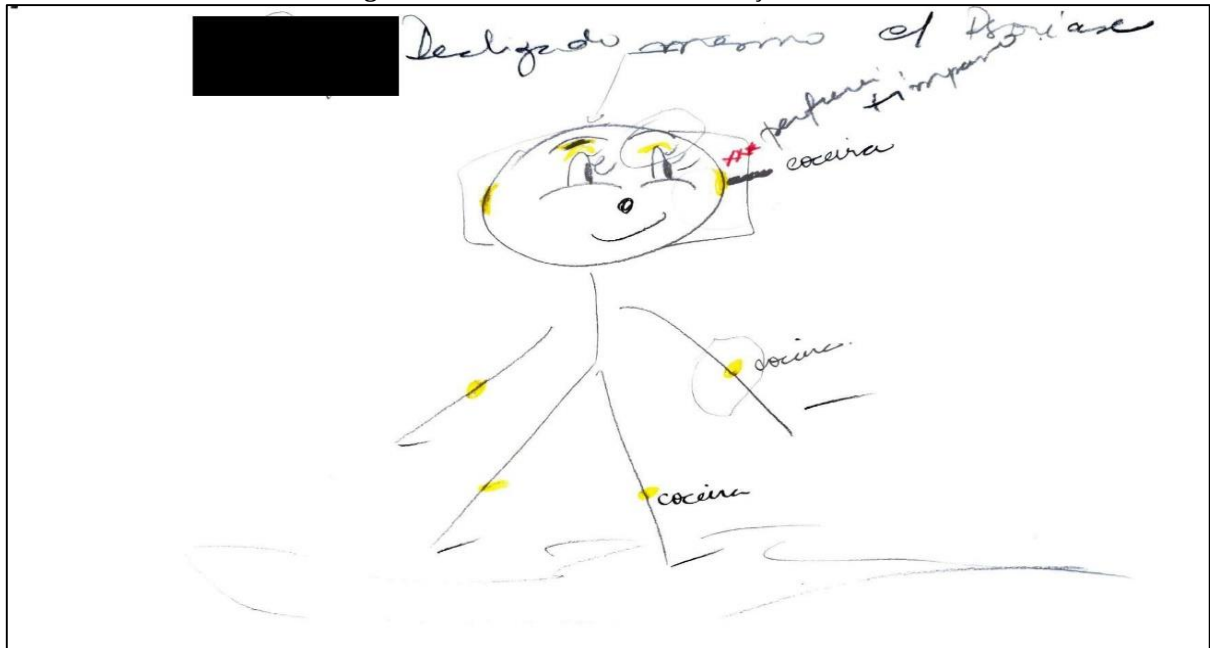
Pesquisadora: Fique tranquila. O importante é o que a gente está produzindo em torno do desenho.

Ioná: *Você pensa 'meu Deus do Céu!' Eu não desenho nem casinha! Impressionante!*

4.1.3 Unidade de Produção: Pessoa com Psoríase de Ioná

Título: Ioná. Realizada, mesmo c/ Psoríase

Figura 3 – Terceira Unidade de Produção de Ioná



Fonte: elaborado pela participante Ioná (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você desenhasse uma pessoa com Psoríase.

Ioná: *Com Psoríase? Olha, Magda, eu vou desenhar eu, porque a minha relação com Psoríase... mas, eu vou desenhar eu porque assim, eu não conheço muito do tema, né, é... então, olha o meu cabelo que bonitinho* (breve silêncio enquanto desenha). *Como eu trabalho em casa, sem máscara, está me atrapalhando* (coça muito o rosto e olhos ao longo da aplicação do Procedimento). *Agora pode usar, né?* (pergunta apontando para os lápis coloridos).

Pesquisadora: Pode.

Ioná: *Ah! podia sempre, né, eu que...*

Pesquisadora: Isso.

Ioná: *Aqui ó* (segue balbuciando algumas coisas muito baixo, para si mesma). *Eu quero representar o seguinte, eu não sei se eu vou conseguir, ah é preto* (pegou um lápis de cor achando ser de outra cor, mas era preto) *eu não sei se eu vou conseguir, mas vou escrever aqui, coceira, coceira, coceira* (Ioná vai falando enquanto escreve). *A minha Psoríase... também não sei tecnicamente dizendo... em termos de graus, mas eu nunca tive aquelas crostas grandes, a*

pele é mais ressecada, mas ela é muito localizada nos joelhos, nos cotovelos, aqui na pálpebra e no ouvido; dentro do ouvido eu tenho crostas, né; tem coisas de casquinhas, né, aqui no ouvido eu vou fazer assim (desenha um pequeno traço reforçado indicando as casquinhas, que mais parecem o instrumento com que coça os ouvidos) ... depois fica registrado aqui, eu já perfurei o tímpano algumas vezes (desenha com vermelho e escreve).

Pesquisadora: Durante a limpeza?

Ioná: De tamanha a coceira! Ele coça muito, né, e, e assim, a sensação... sabe aquele desenho, aquele bonequinho que faz assim (gesticula como se fosse enfiar um fio e puxar do outro lado e esfregar) porque coça demais o meu ouvido. Recentemente, recentemente, já estava na pandemia, no ano passado, acho que agosto ou setembro e eu fui no otorrino até para fazer uma lavagem porque estava demais, né. E então é isso, isso, para mim, para mim, porque aqui é a Ioná, é a Ioná com Psoríase, né, eu não consigo avaliar porque eu sei que tem graus de crostas, enfim, o quanto você me perguntou, mas para mim é essa pessoa, por esses pezinhos assim, esse movimento, né. Isso ela piora (Ioná faz a demarcação do chão movimento por movimento) aqui e aqui (nesse momento Ioná circula a pálpebra, o cotovelo e o tímpano esquerdos, nesta ordem) piora quando estou muito agitada, quando eu estou muito sobrecarregada, né, então aqui assim fica crosta mesmo, né, então aí eu tenho que passar pomada, hoje até que não, não tá muito. É, hoje não tá muito (neste momento mostra à pesquisadora os cotovelos que apresentam uma leve esfoliação como de uma ferida que perdeu a sua casquinha, mas já está se curando) mas ficam duas bolinhas aqui, cheia de casquinhas. Ham, é isso. Para mim essa é uma representação, mas, sou eu, sou eu, eu não consigo representar a Psoríase de uma outra forma (acena com as mãos e a cabeça, sinalizando ter concluído).

Pesquisadora: Agora conte-me uma estória desse desenho.

Ioná: Eu sou Ioná, esse aí é, bem primeira pessoa mesmo... eu sou Ioná, eu nem sabia que isso era Psoríase, já tem um tempo, obviamente, que eu sei, né, mas, mas, eu dizia nossa eu encosto muito porque eu sou professora, né, inicialmente na primeira fase eu trabalhei muito como professora e muito giz, muita lousa, e eu sempre fiquei muito, muito assim (mostra os cotovelos apoiados na mesa), então, um contato, então, meu cotovelo sempre foi, né, e eu dizia 'Nossa Senhora, olha como é seco meu cotovelo!' tal, tal, tal e aí depois foi evoluindo até que eu comecei a sentir muita coceira, então assim, o quanto me incomoda ter a Psoríase hoje, né, eu soube é... quanto me incomoda? Me incomoda a coceira, a coceira incomoda isso aqui (aponta sua pálpebra esquerda); por que que as outras coisas não me incomodam muito

né? Principalmente isso daqui (aponta seu cotovelo esquerdo) porque eu passo uma pomada e eles somem por um tempo, pode ser, pode ser que se tivesse uma coisa muito visível eu poderia me incomodar mais, mas o que me incomoda hoje é a coceira no joelhos, né, no, principalmente no contato; às vezes, coça, coça, coça, nunca fui buscar nenhum tratamento assim ‘nossa, preciso acabar com isso’, né, agora quando eu sinto que eu estou bastante agitada... eu passo a mão assim e ‘nossa senhora’ mas, eu convivo e convivo bem e isto não atrapalha aquele desenho (mostrando o segundo desenho) tipo, não sou feliz por conta disso. Isso não tem impacto; eu diria para você que zero impacto na minha vida, então essa estória e continua sendo Ioná feliz mesmo, mesmo com esse nível de Psoríase, é isso. Quando a Ágata me procurou (se referindo à profissional que indicou Ioná para participar da pesquisa), eu disse para ela ‘Ágata, a pessoa sabe que não é aquela Psoríase gigante e tal e ela falou ‘não, Ioná, não é o grau de Psoríase, tá?’ Tá.

Pesquisadora: Você disse que você sabe pouco sobre a Psoríase. Você nunca entendeu muito bem ou você realmente nunca quis buscar saber mais sobre a doença?

Ioná: Acho que as duas coisas; as duas coisas, né. Eu nunca busquei muito. Agora, isso é recente mesmo, isso tem um, um mês e meio, dois meses... a minha mãe tem um processo alérgico muito sério e nós viemos numa clínica de alergologia e eu passei no médico, porque eu estou sentindo coceira aqui, coceira aqui; minha mãe realmente tem problema muito grave de alergia ela tem alergia a um monte de coisa; eu pensei ‘Engraçado, eu tô começando a sentir muita coceira, tal’; e aí eu passei na consulta também; ele atende o convênio, aí eu passei na consulta também eu e falei ‘Doutor, eu estou sentindo muita coceira nisso, nisso, naquilo’, mas eu ó (mostrando o cotovelo)... eu queria... aí ele me disse que também tem uma questão envolvendo a minha imunidade em relação a algumas questões; e aí eu estou fazendo tratamento com alergologista, mas assim, um tratamento à base de vacinas, de vacinas, é uma coisa meio que, bem, bem natural... ele disse ‘olha, você vai ver que vai melhorar a sua Psoríase se você fizer direitinho’; eu falei então tá bom, mas assim sem grandes ‘Nossa! Vamos aprofundar!’ Eu nunca fui... eu já fui em dermatologista para ver o que eu poderia passar para melhorar, mas assim, não aprofundei por falta de interesse e não conheço também porque também não me aprofundei... acho que as duas coisas, tá?

Pesquisadora: Faz quanto tempo que você sabe que você tem a Psoríase?

Ioná: Nossa, Magda! Ah Magda... acho que há 10, de 10 a 15 anos mais ou menos; antes disso ela nem tinha uma manifestação; aqui no olho é mais recente, tem uns 5 anos; então, quando começou a aumentar um pouquinho, principalmente aqui no olho, sobrancelha não, não tem,

mas aqui no olho começou 'Vixe! Esse troço tá aumentando!' foi quando eu fui em dermatologista e 'passa essa pomada'; 'passar isso', aí manipula um creme; olha, tem quase 15 anos.

Pesquisadora: Como foram esses momentos em que você machucou o seu tímpano? Você estava sozinha? Me fala um pouquinho desses momentos...

Ioná: Não, não, não... por isso que o Ícaro tem bastante participação, né ... eu falo 'Ícaro, eu não tô aguentando de coceira', e coço, coço, coço, aí eu cutuco, cutuco, aí vai com o cotonete, aí eu pego a tampa da caneta... eu contei isso para o otorrino e ele quase me matou, né... pego a tampa da caneta e fica cutucando, cutucando, cutucando... e aí começa a doer... aí começa a doer... aí dá aquela dor reflexa, aí fui no otorrino, 'Olha, eu tenho que te contar a verdade para o senhor, porque eu fiz isso, isso, isso'. E aí ele disse 'é, nossas indicações é: passa o cotonete; passa a tampa da caneta' (falando em tom de ironia), eu falei pode dar a bronca que for e aí ele fez uma cauterizaçãozinha, e aí ele falou: 'Olha! Tem que tratar isso... tem que...'. Perfurar tímpano é que... machuquei, eu machuquei, não sei se o nome certo é perfuração, mas, mas eu machuquei e precisou cauterizar por isso, né, então, mas assim, o quanto foi traumático isso? Não, mas eu falei 'nossa, eu preciso passar pomada porque essa coceira me incomoda muito', né; é uma coceira que inicialmente ela é até gostosa, mas depois porque parece que você não, não chegou na coceira... e incomoda muito.

Pesquisadora: Você não alcança até onde ela vai...

Ioná: Essa semana eu tava... falei 'Ícaro de Deus, como tá coçando'; aí eu falei 'pera aí vou pegar a pomada', aí eu pego a pomada e passa uns dias com a coceira aliviando, mas assim, eu não trato, nunca tratei a Psoríase lá na base dela, eu passo pomada para tirar coceira, eu passo pomada para tirar ó (e mostra uma casquinha saindo da pálpebra esquerda), a casquinha, mas eu nunca fui ao médico que era para a Psoríase.

Pesquisadora: Por que não?

Ioná: Porque não me incomoda muito, né, porque não me incomoda muito...

Pesquisadora: Mesmo você me dizendo desse incômodo da coceira?

Ioná: Não, não, não, aí eu passo a pomada e passa... relaxo, sabe, Magda, aquela coisa de relaxo... é igual... deixa eu ver... muito feio que eu vou te dizer, mas é igual ginecologista, eu tenho que ir todo ano, acabo indo a cada 2 anos, então assim, eu vou empurrando, vou empurrando, eu acho que é por falta de disciplina mesmo, relaxo; porque quando eu passo a pomada, ela tira crosta e ela passa a coceira; aí fica um tempo sem, aí quando volta eu passo de novo, então... e como não é uma coisa muito intensa, eu acho... eu nunca, nunca fiz

um tratamento para a Psoríase sabe, eu fui já em dermatologista Ah meu Deus e aí. Ah, sim! Teve uma vez, não sei se é mito ou verdade... assim, Psoríase não tem cura e ela é, ela tá muito relacionada à sua questão emocional. Eu digo: 'eu sou agitada mesmo, eu sou ansiosa mesmo, eu sou; então, eu vou apreender a conviver'. Acho que é isso, acho que a resposta é: eu aprendi a conviver com isso, passo a pomada e melhora, acho que é por isso, eu aprendi a conviver com isso.

Pesquisadora: Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Ioná: *Acho que não, acho que não.*

Pesquisadora: Quantas vezes você machucou o tímpano?

Ioná: *Ah, sério mesmo, assim, para eu ter que fazer isso duas vezes, duas vezes, tá. O ano passado estava me incomodando muito, tava coçando muito, falei 'vou no otorrino', aí ele fez uma limpeza e passou um remedinho para limpar, ele disse 'ó, tá bem vermelho', porque eu tava cutucando bastante, então, mas assim, de ser mais sério mesmo, acho que duas vezes só e tem muito tempo, tem muito tempo; agora eu sei que eu não posso fazer muito, então quando começa a coçar, eu passo a pomada.*

Pesquisadora: E sempre só foram nesses lugares que você me demarcou no próprio desenho?

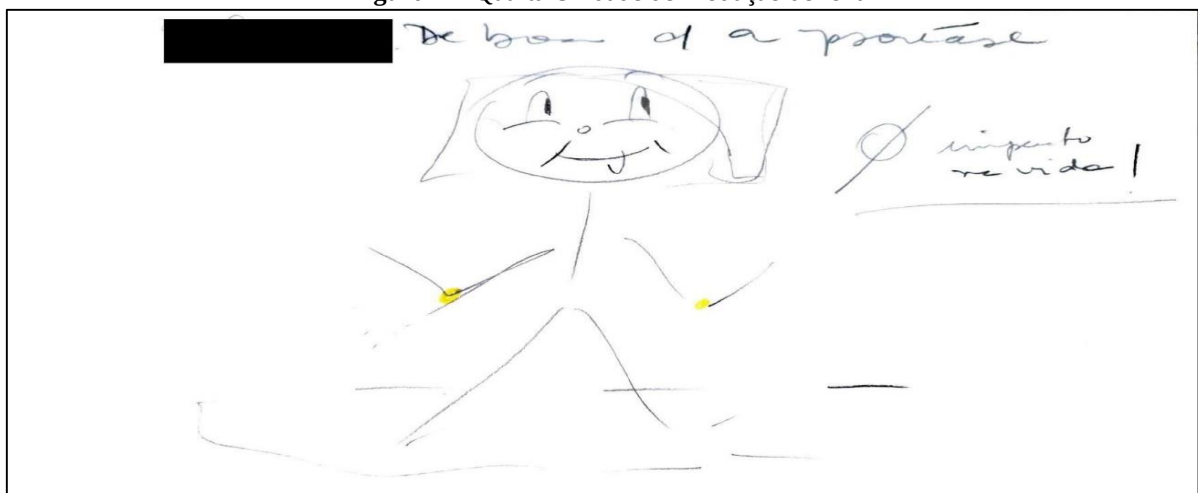
Ioná: *Sim. Sempre, sempre.*

Pesquisadora: Então, vamos para o último desenho.

4.1.4 Unidade de Produção: Ioná Convivendo com a Psoríase

Título: Ioná. De boa c/ a psoríase

Figura 4 – Quarta Unidade de Produção de Ioná



Fonte: elaborado pela participante Ioná (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Apesar do que você já fez, eu gostaria que você desenhasse a Ioná convivendo com a Psoríase.

Ioná: *É. Eu vou repetir aquilo, você quer que eu repita então, né, o desenho?* (referindo-se ao desenho anterior)

Pesquisadora: Como quiser.

Ioná: *Mas eu acho que dá para mudar, sim, esse segundo aqui... olha que franja... que absurdo isso! Ah, eu acho que dá para mudar, sim* (breve silêncio).

Ioná: *Convivendo com a psoríase, eu acho que é isso, né, porque aqui* (referindo-se ao atual desenho) *ali, como está no outro* (referindo-se ao terceiro desenho feito) *era como eu vejo a Psoríase, né. Eu falei onde estão localizadas as minhas, mas aqui, o único lugar que fica praticamente 100% do tempo visível é esse aqui no cotovelo* (nesse momento Ioná mostra à pesquisadora o cotovelo). *Aqui no joelho vou passando pomada e ele só some; aqui eu vou passando pomada e ele some e* (mostra os joelhos); *no ouvido ele é imperceptível, ele não aparece, né, então eu acho que aqui é a Ioná convivendo com Psoríase, né, não é né, Magda, de novo, por isso que a minha preocupação quando a Ágata me falou, ela não tem, vou até escrever aqui, zero impacto na minha vida* (Ioná desenha um zero cortado ao meio, símbolo de nulo, para explicitar a ausência de impacto em sua vida), *eu não lembro que eu tenho, eu não lembro que eu tenho. A Ioná convivendo com a Psoríase é isso.*

Pesquisadora: algum motivo para você ter escolhido o amarelo para representar?

Ioná: *Eu acho que é porque fica um pouco mais evidente, né... eu escolhi o amarelo que fica mais evidente... porque fica em destaque, né... porque eu faço assim e eu sei que a pessoa e já chama atenção, por isso.*

Pesquisadora: Mas a cor amarelo em si?

Ioná: *Não.*

Pesquisadora: Não? Nenhum motivo?

Ioná: *Eu podia ter escolhido laranja, escolhi o amarelo mais porque é o mais próximo da cor da minha pele e coisas assim, mais por isso.*

Pesquisadora: Como está a Ioná?

Ioná: *De boa... em relação ao tema Psoríase?*

Pesquisadora: Isso.

Ioná: *De boa, sem problemas, sem problemas. Tem uma coisa que tem me incomodado, pela questão da saúde, um pouquinho a estética, é a questão do meu peso, né, então, estou com peso*

muito, muito acima, então, se você falar 'Ioná, hoje, o que tá te incomodando?' Tem duas questões emocionais que me incomodam: que eu estou acima do peso e aí eu tô com dificuldade para agachar e caminhar... eu caminho, eu fui lá correndo e você falou 'não precisa correr' (quando chegou, Ioná desceu do carro e já estava entrando quando se deu conta de que estava sem sua máscara e foi buscá-la em seu carro, mas o fez correndo e a pesquisadora entendeu ser importante dizer que não havia pressa, que não precisava correr), eu fui correndo lá e eu já não estou com agilidade, isto está me incomodando bastante. E meu relacionamento com a minha mãe, que não é fácil, né. Então, são as duas coisas hoje. O relacionamento com a minha mãe é muito difícil, né, eu falei para o Ícaro 'Olha Ícaro! Para eu ser de boa na lagoa mesmo, eu preciso melhorar esse meu relacionamento'. Ele falou 'Volta para a terapia; volta a fazer e tal'. Então, são as duas coisas hoje que estão dando um certo impacto na minha vida. Profissionalmente, o ano passado foi um ano muito difícil, pra todos, né, não é para a Ioná (fazendo menção à pandemia pela COVID-19 e seus impactos socioeconômicos), em termos de projetos, porque eu trabalho por projetos, não sou registrada em nenhum lugar. Só que eu estou com três grandes projetos que vamos tocar em o todo semestre, ou seja, estou com muito trabalho para o semestre; estou reformando a casa, deixando as minhas coisas do jeitinho que eu queria; o Ícaro falou assim 'Você não se arrependeu ainda da zona que virou isso?' Eu falei que por enquanto não; tá uma zona, uma zona; na hora que passa tem gente batendo, batendo. Então, eu tô bem, mas tenho que trabalhar ainda essa questão do meu peso e do meu relacionamento com a minha mãe, isso sim. O resto está tudo dentro do controle.

Pesquisadora: Quer falar um pouquinho do relacionamento com a sua mãe?

Ioná: Posso falar, posso falar, porque acho que isso tem um bom impacto aí. Ó, tá vendo? (neste momento coça as pálpebras e mostra à pesquisadora essa coceira), coça e aí, é assim, ó Magda, eu coço, aí para, daqui uma semana eu vou olhar e já tá com casquinha. Então, ele coça quando ele está formando a casquinha e ele coça quando... sabe, aí depois, quando eu passo pomada e a casquinha só, aí fica um tempinho sem. Então, o relacionamento com a minha mãe é bastante difícil desde sempre, desde sempre, não é agora que ela está com idade. Minha mãe está com 82 anos e ela mora comigo. Ela não está agora por causa da reforma. Ela está no meu irmão; ela mora comigo desde que meu pai partiu, ou seja, são oito anos, né, e eu falo a minha mãe é difícil, mas eu acho que sou eu também, né, somos nós duas, né. A gente teria que flexibilizar mais as coisas, enfim, mas a minha mãe sempre foi uma mãe muito dura... pouco amiga, pouco próxima, pouco empática. Contra tudo que eu estou falando da minha mãe, o Cido era o contrário, né, então... E, num dado momento, a minha mãe

precisava trabalhar. Meu pai alcoólatra, minha mãe precisava trabalhar e ela me colocou no colégio interno; eu fiquei 2 anos no colégio interno; quando eu tinha nove e dez anos, no colégio de freira, isso foi, isso foi um estrago, né, geral. Eu acho que isso pode ter me levado ao pânico. Não sei! Não tenho muitas explicações, né. Mas isso pode ter gerado esse tratamento que eu faço até hoje, para ansiedade, para medo, para angústia. Então eu acho que isso possa ter desencadeado; pode ter sido uma mola propulsora ou não. Porque você imagina uma criança de 9 e 10 anos, você falando hoje para uma criança, você vai para o colégio interno e não é porque eu era levada, né, é porque não tinha quem cuidasse de mim. Eu tenho um irmão 4 anos mais velho, meu irmão era um sapeca, um moleque...

Pesquisadora: São só vocês dois?

Ioná: *Sim, só nós dois e toda a família foi contra, meu pai foi... meu pai é alcoólatra, né, naquela ocasião... eu com o irmão mais velho na adolescência aprontando todas, não tinha quem ficasse comigo, então... e ela... eu lembro que ela trabalhava numa loja, ela saía às 10 horas da noite, ela era gerente de uma loja de roupa, então, não tinha como me buscar na escola e não era como hoje, que as escolas têm período integral, enfim, ela é muito tranquila em relação a esse tema... ela acha que ela foi, que fez bem, né, ela fala: 'Ali a loura aprendeu a comer, ali a loura', meu apelido é loira, né, 'Ali a loura aprendeu isso, aprendeu se a tornar a mulher forte que ela é'. Então, ela acha que foi uma vantagem na minha vida... e eu tenho traumas, né. Nada de grave aconteceu lá no colégio interno, mas foi uma ruptura muito grande, né. Mas, de qualquer forma, eu nunca fui muito próxima da minha mãe, minha mãe nunca foi uma amiga com quem eu sentasse... eu sempre tive uma relação muito distante, muito diferente... eu vejo hoje a minha relação com a Livia, a gente trabalha junto, a gente conversa, a gente brinca, então, eu sou muito próxima da Livia, a gente briga, né, eu não gosto disso, não gosto disso, 'Ai mãe para, tal', mas é uma relação próxima, a gente divide muito. Com a minha mãe nunca foi assim. Então, e a minha mãe é muito invasiva... ela quer saber de tudo, ela quer perguntar tudo, ela quer, ela se envolve em tudo, então, ela não tem a concepção que eu tenho, eu tenho quase 60 anos. Ela mora comigo, ela tem o espaço dela, ela se envolve direto, então, eu tenho vários atritos, muitos atritos com ela. E isso tem me incomodado muito, muito, porque, cara, não adianta você fazer trabalho voluntário, ajudar o outro, trabalhar com pessoas com deficiência e dentro da sua casa você não lidar com a diversidade. A minha mãe é muito diferente de mim, né. Então, isso tem martelado muito na minha cabeça; eu tenho que entender. Porque assim, nós duas teríamos que mudar em algumas coisas, mas, eu não consigo ver mudança na minha mãe, então, estou entendendo que eu tenho que mudar, eu tenho que ter*

muita paciência, eu não sou muito paciente. Então eu tenho que entender o jeito dela; eu sempre quero as coisas do meu jeito; eu tenho uma personalidade também difícil; então é uma relação de conflito, não é uma relação gostosa, sabe. 'Ai mãe', sabe aquela velhinha gostosa? Não! Eu acho ela chata; eu acho ela... se intromete em tudo, então, isso não é uma coisa, não é um sentimento que tem me feito bem; eu tenho lutado muito com esse sentimento.

Pesquisadora: Como seu irmão vê a sua mãe? Vocês falam sobre isso?

Ioná: *Ah! O tempo todo!*

Pesquisadora: O tempo todo?

Ioná: *Eu falo, 'Eu não, não tô aguentando a mãe' e então ele fala 'caramba! a mãe é foda'. E ela tá lá com ele, mas ele, ele lida de boa; ele lida de boa, ele fala... ele se dava melhor com a minha mãe do que com meu pai, então, é meio dividido sabe, eu e meu pai, meu irmão e minha mãe, então eu falo 'Ela não fica te pentelhando?' Ele fala 'fica, mas eu falo pô mãe, chega!' Então, ele não sofre com isso. Eu não, eu sofro.*

Pesquisadora: Então vocês veem a mãe da mesma maneira, mas cada um lida de um jeito, é isso?

Ioná: *Isso! Ele fala 'Ioná, a mãe é foda, dá vontade de socar a cara dela! Nossa! dá vontade de socar a cara da mãe', mas ele lida bem, com isso, né, não incomoda tanto ele... eu choro, aí eu discuto com ela, aí eu implico com ela, aí eu faço malcriação, aí eu vou lá e peço desculpa, falo pro meu irmão 'eu não posso tratar a minha mãe assim, eu fiz malcriação para minha mãe e tal', então eu tenho um nível de culpa grande, né, com relação às coisas, então, mas ele... ele... eu falei para ele 'como que eu vou trazer a mãe agora nessa reforma? Imagina os pedreiros! Ela vai ficar o dia inteiro dando palpite para os pedreiros e eu vou surtar'. Ele falou 'não, não, deixa a mãe aqui, deixa a mãe aqui essas semanas'. Então é isso, é isso...*

Pesquisadora: Atualmente moram você, o Ícaro e a sua mãe?

Ioná: *Isso.*

Pesquisadora: Só vocês três?

Ioná: *Isso. A Lívia tem a família dela e o Ênio a família dele (...). (Menciona o município em que o filho mora, cerca de 120 km de distância de sua cidade, e a filha mora na mesma cidade que Ioná).*

Pesquisadora: Como o Ícaro se relaciona com a sua mãe?

Ioná: *Muito melhor do que eu, muito melhor do que eu, por isso que eu te digo que a questão não é só a minha mãe, só, sou eu também, né. Tenho pensado muito isso. O Ícaro pensa tudo isso da minha mãe e mais um pouco, ela é uma pentelha de plantão; se ela tivesse aqui, ela ia*

falar assim: 'Olha, Magda, mas essa flor vamos por ali' e aí você sai para fazer alguma coisa e quando você volta está tudo mudado. Ela não respeita o espaço do outro, né. Mas, o Ícaro (faz sinal com as mãos de que não se importa, juntamente com a expressão de como se estivesse tudo bem), o Ícaro é um cara de excelente convivência com todos, então, é o santo Ícaro, né, então ele fala. 'Ioná...', quando eu começo a me atritar muito com ele, ele fala 'Ioná, menos, menos, né.'

Pesquisadora: Para lidar com ela?

Ioná: Com ela. Ele fala 'ó, ela é difícil mesmo'; todo mundo reconhece que ela é teimosa; é uma velhinha teimosa; a minha mãe tem uma alergia absurda com produto de limpeza, então, eu saio, 'mãe, olha eu vou resolver tal coisa, bença mãe e tchau', e aí, para você entender o nível do atrito, foi antes dos pedreiros começarem. Eu tenho uma faxineira né, 'Mãe, deixa a faxineira fazer o serviço dela'; eu chego para faxineira e ela diz assim 'hoje nós vamos limpar a área' e eu tinha falado precisa disso e disso, disso, disso e vamos fazer assim, assim, assim e quando eu voltei, eu olhei, a minha mãe não pode mexer com produto de limpeza, ela fica, né, aí eu falei 'mãe, vai costurar, a senhora tem uma máquina, vai fazer as coisas que a senhora gosta e tal'. Quando eu voltei, Magda, pensa numa área de serviço detonada, ela tirou tudo, ela pegava, ela jogava a mangueira... eu enlouqueci... eu cheguei e falei 'Mãe!', mas não falei de boa, gritei 'Mãe de Deus, putz grilo. Já não falei para a senhora mãe?!' Ela diz que precisava fazer uma limpeza e eu questiono se eu pedi para ela fazer, 'mãe, já, já a gente vai para o médico. Já, já tá entupida de remédio, mãe, por favor, mãe' e ela diz 'eu não tô nem aí para o que você fala'. Nossa, Magda, nossa! Eu fico muito brava, muito brava. Assim, eu tenho vontade de (faz gestual de quem quer esmagá-la, com uma expressão de que realmente fica muito alterada diante da situação) aí minha faxineira, minha ajudante foi lá no quarto e falou 'Calma, Ioná'; aí eu disse 'eu vou matar a minha mãe, puta que pariu, eu não dou conta da minha mãe, que saco, que saco, minha mãe não me respeita, minha mãe não sei o quê...' e ela 'Ioná, se acalma. Ioná deixa ela fazer'. Aí lógico, aí à noite entupida de remédio, porque aí não consegue dormir, assim, ela é teimosa, ela invade. E o Ícaro fala assim 'Dona Daniela, Dona Daniela, deixa aí, para, para', mas, passa dois minutos e o Ícaro tá de boa, eu não, eu me exalto, aí eu fico me culpando, sabe, não posso falar assim com a minha mãe, enfim, eu chego a ter raiva, que saco isso... e o meu pai era exatamente o oposto, 'pai, vamos fazer uma coisa?', 'vamos, minha filha, vamos, acho que tá legal, acho que'; 'não, minha filha, não quero tomar banho hoje não'. 'Vai, Cido, vai tomar banho', 'não minha filha, não', assim, mas com meu pai era uma outra conversa, sabe, o meu pai era mais acessível; aí eu vou e falo, 'mãe,

me desculpa, eu me excedi, eu não devo falar desse jeito com a senhora’. Aí, sabe o que ela fala? ‘eu não tô nem aí, eu não ligo mesmo, eu não ligo para o que você fala’. Então eu fico muito brava, a gente tem muito atrito...

Pesquisadora: É difícil brigar e é difícil fazer as pazes.

Ioná: *É muito... não, a gente até faz porque ela fala ‘eu não ligo para você’.*

Pesquisadora: Mas aí isso te traz algum impacto.

Ioná: *Traz, eu fico morrendo de raiva dela, ela não tá nem aí, minha mãe não respeita, né, enfim, aí eu quero fazer os meus trabalhos voluntários e ela fala assim ‘você ajuda todo mundo, mas tem teu tio, vai lá ver teu tio’; sabe, umas coisas assim?*

Pesquisadora: Teu tio é o irmão dela?

Ioná: *Tem o irmão dela, tem outros irmãos, enfim, ela vê, às vezes, eu fazer um bolo e levar no... e ela fala assim ‘eu acho um absurdo você pegar as coisas de casa’ e eu falo ‘o dinheiro é meu’, né; ela se envolve muito mesmo e eu não gostaria de morar com a minha mãe, essa é a verdade, mas a gente não tem outra opção. Eu acho muito complicado a gente morar com mãe, com sogra, né, eu queria ter a minha vidinha com meu marido, com as minhas coisas. Eu espero um dia não precisar morar com meus filhos, porque ela interfere muito na minha vida com o Ícaro, mas é o que nós temos para hoje, então, é isso.*

4.1.5 Interpretações Acerca das Quatro Unidades de Produção de Ioná

Ao olharmos as quatro Unidades de Produção de Ioná, constatamos desenhos muito precários, empobrecidos e desintegrados. Para além dos traçados que representam os corpos das pessoas, deparamo-nos com um tronco aberto, cujos braços e pernas não se conectam ao corpo, da mesma forma em que os pés e as mãos não se conectam, respectivamente, às pernas e aos braços. Busquemos na história de vida de Ioná algumas reflexões que nos elucidem a respeito desse corpo fragmentado.

Como nos propusemos a fazer o Procedimento de D-E (T) por meio de quatro Unidades de Produção, iniciemos pelo vislumbre da infância de Ioná, onde descortina-se um desenho de uma criança já fracionada e desconectada, que precisa convencer ser *feliz*; a palavra *feliz* retorna em vários momentos ao longo do Procedimento de D-E (T), inclusive nos títulos dos desenhos.

Ioná nos conta das dificuldades em superar as aflições da infância, todavia, menciona em sua produção que está *“correndo, brincando e falando”*, dando-nos a impressão de que essa

criança corre em direção ao brincar, ao direito de falar, ao desejo de ser aceita, de ser quem quiser ser, homem ou mulher, porém, *feliz*. Na entrevista, muitos desses aspectos apontados nas verbalizações do desenho de sua criança são esclarecidos, apresentando-se enquanto uma infância idealizada por Ioná.

A criança desenhada é descrita como a que tem boa alimentação, vivenciando momentos de prazer, diversão e alegria, tendo ótimas referências familiares e que gosta da escola e de festas. Tal descrição contrapõe-se às suas vivências infantis, onde destaca ter sido uma criança muito só e triste, que não era estimulada e nem passeava. Ioná diz que sequer tem recordações felizes, que não havia “*coisas gostosas para comer*” e sua escola era como um “*quartel general*”. Suas memórias são de solidão, do etilismo do pai, do excesso de trabalho e exigências de sua mãe e da escassez de estímulos e de recursos financeiros.

Ioná ainda menciona que a criança de sua produção está preocupada com o resultado, com o que se espera dela, indicando necessidade de aprovação e aceitação, tanto que hoje reforça ser focada, como observamos no traçado em torno do alvo desenhado e em sua fala. Há uma busca pela aceitação, pelo direito de permanecer em família, de ser acolhida e estimulada.

Destacar “*Estou bem!*” como um pensamento e reforçar com o título contendo “*Sou Feliz!*”, revela a infância desejada, a que deveria ter sido. A ênfase dada em estar em movimento parece-nos comunicar o desejo de sair daquele momento de sua vida, como se o movimento se opusesse à falta de estímulo na infância e a trouxesse à vida adulta. Em sua trajetória (*na corrida pela estrada da vida*) não podemos deixar de reconhecer as conquistas de Ioná, sendo hoje uma adulta bem-sucedida, com uma condição socioeconômica favorável, cujos filhos também são bem-sucedidos. Há que se valorizar seus esforços e dedicação e o mérito alcançado para se intitular “*Sou feliz*”.

Mas a língua da criança está à mostra, parecendo-nos uma criança fazendo birra e nos mostrando a língua, como que numa atuação de que alguma coisa não lhe agrada ou de que conquistou algo e o escancara, mas que não há maturidade para lidar e o comunicar de maneira adulta.

McDougall (2000), no livro *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*, esclarece que observou que em situações que lhes eram angustiantes, seus pacientes adultos por vezes funcionavam psiquicamente tais quais um bebê, que já que não reconheciam suas emoções e não as expressavam em palavras, o que, inclusive, os levava à psicossomatização. Isto poderia explicar a língua à mostra de Ioná.

As dificuldades enfrentadas na infância são resgatadas e apresentadas como superadas na Segunda Unidade de Produção: *“Eu me sinto uma pessoa feliz (...) posso ir ao mercado e comer uma coisa (...) eu tenho meu carro (...) eu tenho uma família (...) eu divido minha vida, meu trabalho profissional que me alimenta e eu amo o que eu faço (...) tenho meu trabalho voluntário (...) hoje eu me sinto realizada.”*

Eis, então, as conquistas almejadas na infância e desfrutadas na vida adulta, assim, mesmo depois de haver encerrado o desenho, pega novamente o lápis e desenha e explica ser focada, contando-nos que aquela criança chegou ao seu objetivo, resolvendo os problemas financeiros, a solidão, o desamparo e o afastamento familiar.

Hoje, adulta, socorre não apenas os familiares, mas as pessoas com deficiência, os moradores de rua e os parentes que necessitam, incluindo a própria pesquisadora nesse dinamismo de não frustrar, não desamparar, se dispondo a participar da pesquisa em um dia muitíssimo atribulado, como fez questão de destacar.

É preciso ser focada e é bom ter o reconhecimento familiar de seu *“sucesso”*, palavra dita em determinado momento da entrevista como *“não bonita”*, talvez porque revele que os homens da família da infância (pai e irmão) não são assim tão bem-sucedidos; amorosos sim, mas, não bem-sucedidos. Isso se contrapõe ao homem da vida adulta: o filho médico bem-sucedido, tanto profissionalmente quanto no casamento, mas não amoroso o suficiente, como a própria Ioná diz: *“não é o Cido.”*

Há que se considerar uma *defesa maníaca*, muito primitiva, na tentativa de evitar sofrimento e angústia, tanto que qualquer solicitação externa, não prevista, não controlada, já angustia Ioná, que interrompe duas vezes a pesquisadora ao início do processo, não conseguindo sequer ouvir a instrução do desenho até o fim, questionando com o que desenharia e se deveria desenhar uma ou duas pessoas. Há uma urgência interna por explicações, por respostas, ou seja, por acolhimento e cessação da angústia. Ioná traz muitos lutos por separações, que explicam a *defesa maníaca* como destino patológico defensivo:

Outro destino patológico também é possível. Trata-se da defesa maníaca contra a perda do objeto. Se o objeto bom não está assegurado, a experiência da integração pode levar à seguinte defesa: recria-se a coisa isolando-se e idealizando-se o bom objeto, só que agora percebido como total. Em outras palavras, há uma negação radical da perda e do luto como forma de evitar entrar em contato com essa angústia. (CAMPOS, 2013, p. 18).

Questionar se deveria desenhar uma ou duas pessoas também é muito relevante, na medida em que denota uma não integração entre os aspectos femininos e os aspectos

masculinos, tanto que esclarece que o desenho não tem essa definição. O fato de trabalhar com inclusão e questões de gênero podem explicar racionalmente o argumento de *Darci* não ter gênero definido, mas, inconscientemente, pode revelar a necessidade de ocultar sua feminilidade e/ou sexualidade (e, provavelmente, até mesmo esclarecer o motivo pelo qual decidiu trabalhar com essas demandas). Talvez isso tivesse sido conveniente na infância, pois poderia ter ficado em casa com o irmão e seus amigos, ao invés de ter sido separada para ser protegida, sendo direcionada ao Colégio Interno, local só de meninas, firmando uma marcante separação dos gêneros.

Na Terceira Unidade de Produção, o gênero é inicialmente ocultado de novo e a única vestimenta feita em todo o Procedimento de D-E (T) é um boné, exatamente para ocultar o gênero, ocultar a feminilidade, podendo ser qualquer um, novamente o indiscriminado; quando assume ser ela mesma a ser desenhada, o boné foi o único item alterado, revelando o cabelo, a feminilidade de Ioná.

Esse conflito é colocado na entrevista, quando Ioná menciona ter sempre apresentado dificuldades em sua sexualidade, tanto que acredita que o Transtorno do Pânico possa estar relacionado ao início de sua vida sexual. É fato que também atribui grande pesar aos traumas da separação, da ruptura vivenciada quando foi enviada ao Colégio Interno, considerando-os como possíveis desencadeadores de seu Pânico, Ansiedade e Depressão.

Pesquisadores revelam que tais rupturas podem, também, ser consideradas no desencadeamento da Psoríase, ainda que Ioná não faça essa ponderação:

Kahtalian e cols. (1995) realizaram, durante 10 anos, estudo de observação em 18 pacientes psoriáticos internados em enfermaria dermatológica em hospital do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados alcançados indicaram que fatores psíquicos estavam presentes de maneira expressiva nas situações de internação e na piora desses pacientes. De acordo com os autores os principais fatores traumáticos relacionados ao aparecimento e agravamento da doença eram: episódios de espancamentos na idade de desenvolvimento psicológico dos pacientes, apego, separação, maus tratos/hostilidade, perdas e doenças na primeira infância. (AZEVEDO, 2008, p. 17).

Atentemos que as discussões dos autores citados vão pontuando uma diversidade de situações de sofrimento em que a angústia vivenciada na qualidade das relações estabelecidas e nas difíceis perdas aparecem frequentemente, sendo a angústia de separação presente em todos os casos:

Outros fatores desencadeantes foram percebidos: relações de vínculos simbióticos, forte apego nos vínculos, presença de angústia de separação em todos os casos, assim como sentimentos de hostilidade, agressividade, perdas e culpa.

Segundo Catropa (1986), o conflito básico do paciente portador de psoríase refere-se à elaboração deficiente das primeiras separações, principalmente em relação à figura materna. Para esse autor isso faz com que mãe e criança mantenham um vínculo simbiótico constante ou duradouro. (AZEVEDO, 2008, p. 17).

Ioná descreve uma relação conflituosa com sua mãe desde a infância, mas mantém uma ligação com sua figura materna que não se rompe, tanto que residem juntas atualmente, ainda que esta mãe a tenha enviado aos cuidados de outras mulheres em um Colégio Interno. E isso recai sobre as diferenças de gênero, já que esse foi o motivo da separação com o irmão e com a família: ela estaria em risco por ser mulher, necessitando estar só com mulheres em um colégio para meninas, administrado por mulheres, mas freiras, as que não vivenciam sua sexualidade, ao menos não de forma admitida.

Os desenhos indiscriminados denotam um conflito em que há dificuldade de integração dos aspectos primitivos da sexualidade infantil, ao mesmo tempo em que há uma dificuldade em se distanciar do desenho ou em se assumir no desenho, recomeçando a estória por várias vezes, porque confunde as conjugações pessoais e impessoais, sempre retornando à primeira pessoa, não conseguindo se diferenciar dos seus desenhos e histórias.

Ioná pratica adultério em sua vida adulta e descobre que sua mãe também o fazia. Infelizmente, sofre muito com as relações extraconjugais. O primeiro adultério vem quando o primeiro filho ainda tem um ano de idade. Sobre o segundo adultério, diz que optou pela família e deixou o amante. Parece que ficar com o marido veio com a punição pela sexualidade praticada, já que agora quase não há atividade sexual, como esclarece Ioná.

Chama a atenção o fato de Ioná por duas vezes usar o termo “*reforma íntima*” para definir mudanças de postura ao longo da vida, mesmo sendo um termo comumente utilizado na religião espírita e, quando indagada acerca de sua sexualidade, esclarece: “(...) *a questão sexual sempre foi muito... sempre teve problemas, tá... eu acho que vem lá de trás, né... não foi passado para mim que sexo era uma coisa que faz parte da vida (...) minha mãe exigia virgindade (...) iniciei minha vida sexual com o Ícaro e ao longo desses 40 anos tive dois relacionamentos extraconjugais (...) eu me permiti algumas coisas, mas não foi legal para o meu casamento... eu judiei muito do Ícaro (...) foram coisas muito complicadas na época (...) a sexualidade permeia a minha vida de uma forma que não foi muito legal não... ou foi... é o que deu para ser, deu para eu viver, não dá para fazer nenhum julgamento nem contra nem a favor, ‘mas você faria diferente?’ eu não sei, não sei, não dá para mudar o passado. (...) E hoje, hoje, a nossa vida sexual é muito, é assim, é quase nada. Reflexo disso que nós vivemos, né... nós temos uma relação muito fraterna, né, hoje; e a gente já conversou muito sobre isso*

então a gente tem muitos poucos momentos íntimos na questão da sexualidade, de cumplicidade o tempo inteiro (...) a gente tem uma relação muito fraterna e a gente ainda precisa voltar a trabalhar isso, mas a gente tá meio... tá ali, tá guardado, mas não tá legal; não tá legal, porque hoje a gente não tem vida sexual ativa (...) É um campo dolorido.”

Certamente, um “campo dolorido”, pois, ao ser indagada acerca de como entende o desencadeamento do Transtorno do Pânico, pontua: *“Eu acho que meu início da sexualidade... foi quando eu comecei a minha vida sexual com o Ícaro... eu não sei se é, mas a única relação é isso (...) acho que foi o início da minha vida sexual.”*

Recordamos da discussão de Freud (1996 [1929]) em *O Mal-Estar na Civilização*, quando aborda as religiões e a filantropia pontuando que, por vezes, escondem uma *formação reativa*¹³ da destrutividade oculta enquanto resquício da sexualidade reprimida. Contudo, não temos mais dados para aprofundarmos neste “campo dolorido”, pois foi solicitado por Ioná mudar de assunto, assim, sigamos com outras observações pertinentes.

Ao olharmos as Produções de Ioná, claramente vemos a inclusão de sua família ao configurar sua percepção de *feliz e realizada*. Ter a família por perto é tão importante que precisou materializá-la com seus nomes e idades escritos em seu desenho, pois não foi possível simbolizar ou representar em níveis psíquicos, foi preciso atuar, ser concreto, ser escrito, não permitindo o surgimento de fantasias.

Não é possível nem mesmo uma “estória de faz de conta”, na qual pudesse ser diferente ou assumir efetivamente sua dor, sua raiva, sua culpa, enfim, Ioná não consegue articular o que é racional às suas demandas pulsionais que emergem do corpo, não consegue lidar com o que vem de suas pulsões, para poder integrar e elaborar; há que se manter sistematicamente em negação. O único caminho possível dessa expressão é seu corpo, é num nível concreto, uma doença orgânica e a representação escrita dos pensamentos, lembranças e dores.

Ao mencionar sua mãe, passa um traço, como que se impusesse um limite e/ou como se ela não devesse ser incluída: seu nome ou idade não aparecem. Em vários momentos revela conflitos com a mãe. A decisão da mãe por colocá-la no Colégio Interno, mesmo que sendo uma decisão por cuidado, foi vivida como uma ruptura, como um distanciamento que, talvez, não pôde mais ser resgatado, sendo algo que as separa, uma linha que as separa, uma linha no tempo; uma linha que parece ter tentando romper a simbiose, mas apenas a agravou.

¹³ Formação reativa seria o mecanismo de defesa psíquico em que o afeto original é exageradamente substituído e manifestado pelo seu afeto oposto.

A decisão da mãe pelo internato e a disciplina imposta ao longo do tempo são destacadas negativamente, todavia, as omissões do pai etilista, que impuseram à mãe a necessidade dessas e outras ações complexas, são ofuscadas pelo carinho e atenção que ele lhe direcionava.

Sousa e Carvalho (2012) também apontam em seus estudos que os filhos de alcoolistas mostraram uma relação pai-filhos marcada pela fragilidade e negatividade, caracterizando-se por sentimento de abandono, de não serem amados e protegidos pelos pais, ou seja, uma relação afetiva (vínculo) pai-filho insegura. (LOPES *et al.* 2019, p. 5).

Parece que Ioná nega o papel do pai em sua jornada, mas pesquisas apontam que “[...] filhos de dependentes químicos também se mostram como um grupo com maior predisposição para desenvolver depressão, ansiedade, transtorno de conduta e fobia social.” (LOPES *et al.* 2019, p. 7). Lembremos que Ioná tem Depressão e Transtorno do Pânico há anos e queixa-se de ansiedade, bem como precisa sempre resgatar o afeto nas figuras masculinas, salientar o lado amoroso (do pai, irmão e marido), tanto que é a única coisa que menciona espontaneamente ao final da entrevista é que seu filho não é suficientemente amoroso, não é como o “*Cido*”.

Nas Primeira e Segunda Unidades de Produção constatamos um vazio, uma ruptura em suas articulações; aquelas que depois, nas Terceira e Quarta Unidades de Produção, ganharão cores para mostrar os locais em que a Psoríase se manifesta.

Essa precariedade em suas representações do ser humano revela algumas precariedades psíquicas que merecem atenção. O corpo, em todos os desenhos, é muito desvitalizado, um corpo que padece e nos dá a sensação de morte, estando sem peles, camadas, roupas, nada; parece mais um esqueleto, o que haveria restado do corpo. Seus desenhos fazem recordar a pontuação de Groddeck, na qual faz menção a palavra *corpo* enquanto *cadáver*:

E como a vida sempre foi uma misteriosa coexistência do que se convencionou chamar de corpo e alma, devendo ser entendida como uma unidade de corpo e de alma, logo se deduz que não há ‘organismo’ e ‘psiquismo’, nem doenças físicas ou psíquicas e sim que são sempre os dois a enfermar ao mesmo tempo, em quaisquer circunstâncias. O corpo é algo morto, portanto não pode adoecer; nós já nos esquecemos que nossos antepassados, em vez da palavra corpo (*Körper*), usavam a expressão cadáver (*Lichnam*), como os holandeses ainda utilizam, assim como os ingleses só usam a palavra *corps* no sentido de cadáver. (GRODDECK, 2011, p. 125-126, grifo do autor).

Groddeck tangencia a discussão como se a mente que adoecer precisasse do corpo para se revelar e não haveria um corpo doente sem a mente. Nesse sentido, só a grande cabeça ganha

destaque em todos os desenhos de Ioná. A cabeça que abarca a mente e que insiste em lhe trazer o peso da existência, dos pensamentos, das exigências, cobranças e culpas.

Ao mesmo tempo, essa supervalorização da cabeça nos sugere sua necessidade extrema de racionalizar suas mazelas e todo o sofrimento envolvido, podendo denunciar ideias que lhe são inconvenientes, mas que insistem em retornar, tentando sistematicamente dominá-las pelas afirmações positivas escritas e faladas ao longo de toda a aplicação do Procedimento de D-E (T).

Inclusive, na Quarta Produção, aquela em que deveria se desenhar convivendo com a Psoríase, observamos um cabelo sobreposto à cabeça, que agora também revela transparência, sendo possível ver o contorno da cabeça e até as sobrancelhas por debaixo dos cabelos, assim como uma perna revela o chão por trás dela. Essa transparência psíquica desnuda a falta de discriminação entre o dentro e o fora, o que deveria ficar escondido e o que poderia aparecer. Podemos fazer um paralelo dessa transparência com tais pensamentos persistentes e com a pele de Ioná:

As manifestações aparentes na pele não podem, em geral, ser disfarçadas: a emoção como manifestação física tem na pele um meio de expressão; os registros de experiências vividas estão ali colocados, na forma de cicatrizes; as lesões de uma doença marcam o espaço de uma ferida física e, por que não dizer, psíquica, tomando a pessoa como uma totalidade psicossomática. (DIAS *et al.*, 2007, p. 27).

Mesmo que a desconexão e fragilidade desse corpo expressem a dificuldade de integração dos aspectos dolorosos, contrapõem-se ao seu discurso e às escritas do desenho, que tentam convencer do contrário, em negação, numa defesa maníaca: “*Estou bem*”; “*Sou feliz*”; “*Ioná Feliz! Realizada*”; “*Realizada, mesmo com a Psoríase*”; “*De boa com a psoríase*”. Frases tão necessárias que ganham destaque, se tornam títulos escritos pela própria Ioná, como que bandeiras a serem levantadas e seguidas por ela. Vemos, então, que os desenhos foram feitos como *estórias em quadrinhos*, já que Ioná escrevia o que propunha comunicar, mostrando tentativa maníaca de negação e de adaptação, argumentando não ter habilidade para expressar pela imagem, o fazendo pela escrita.

Em nenhuma das Produções há dedos ou definições mais elaboradas, nem mesmo orelhas e no desenho em que quer destacar o tímpano ferido, aponta apenas a direção do ouvido e o que dele sai. Por mais de uma vez desculpa a falta de habilidade para desenhar, mas compreendemos que não se trata de habilidade neurofuncional, mas sim de uma característica psíquica, demonstrada pelos desenhos desvitalizados e precários, falta de discriminar-se dos

objetos e das histórias, o que nos revela sua dificuldade em lidar com angústias deveras avassaladoras e ameaçadoras, que levam a uma negação maníaca do adoecimento, dos sintomas e seus prejuízos.

Contudo, estamos tentando demonstrar que entendemos que essa negação é anterior à Doença Autoimune e que os conflitos e toda precariedade até agora descritos foram exatamente os fatores desencadeadores da Psoríase, bem como da Depressão e do Transtorno do Pânico. A desintegração nas produções revela uma dificuldade de representação, que pode ser também entendida como precariedade psíquica e até mesmo prejuízo na capacidade de simbolização, onde não há possibilidade de incorporar os aspectos angustiantes:

Segundo Marty (1993), o princípio do pensamento operatório é simples, pois evidencia a carência funcional das atividades fantasmáticas e oníricas, as quais permitem integrar as tensões pulsionais que protegem a saúde física individual. Tratam-se de pensamentos sem laços aparentes com a vida fantasiosa, de tom racional e factual, pobres de digressões pessoais, de referências afetivas e de imagens verbais. (CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 25).

Essa carência funcional do psiquismo fica evidente em todas as Unidades de Produção de Ioná, denunciando, então, tal precariedade em sua incapacidade de lidar com seus conflitos e mantê-los em inscrições oníricas ou até delirantes:

Segundo J. McDougall, essas pessoas estão impossibilitadas de encontrar uma articulação linguística para suas fantasias arcaicas, que permanecem profundamente enraizadas no inconsciente sem ter acesso ao pensamento consciente ou pré-consciente. Mantidas no nível pré-simbólico, essas fantasias não encontram inscrição nem mesmo nos sonhos. Os elementos da vida de fantasia foram abafados pelo Eu logo no início de seu desenvolvimento, ficando assim o Eu forcluído de suas próprias raízes pulsionais, esvaziado de elementos possíveis para a criação de alucinações psicóticas. (VOLICH, 2004, p. 149-150).

Assim, Ioná só consegue se expressar concretamente, com escritas e traços, já que as emoções não encontram símbolos para serem comunicadas, tampouco elaboradas:

A emoção é essencialmente psicossomática, pois o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva a sua ressomatização. Aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas) correm o risco de aumentar sua vulnerabilidade psicossomática. (CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 27).

Cabe lembrar o conceito de *desafetação* de McDougall (2000), que considera que os pacientes somáticos expulsariam do psiquismo emoções desprazerosas, enquanto uma forma

arcaica defensiva de lidar com angústia pela precariedade na possibilidade de simbolizar, tendo pouca expressão afetiva.

Quando os elementos de um certo nível evolutivo não se encontram presentes no momento desejado, devido à influência de traumatismos passados ou atuais, a nova organização funcional é prejudicada, ocorrendo, assim, um movimento contra-evolutivo de desorganização. Isso leva a uma regressão no nível das bases funcionais do início da eventual organização, mais evoluída, a qual não consegue se realizar. Essa regressão reorganizadora serve de ponto de partida para uma reedição do movimento inicial para uma eventual organização mais evoluída, ocorrendo então uma repetição da tentativa de construção. (CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 28).

Nas Segunda e Terceira Produções, mesmo diante da precariedade e empobrecimento, não foi mais preciso mostrar a língua ou atuar. Os olhos ganham um pouco mais de vida com a inclusão dos cílios e há um sorriso. Mas ainda há muito a ser integrado, da mesma forma em que a defesa maníaca retoma quando se põe como uma pessoa saudável, mesmo com o Transtorno do Pânico, a Depressão e a Psoríase lhe trazendo tantos prejuízos, sistematicamente negados ao longo de todo o processo.

Importante destacar que Ioná se percebe como saudável por avaliar a saúde de maneira holística e integrada. Há que se considerar, também, que o trabalho de Ioná com pessoas com deficiência, os últimos anos de seu pai moribundo, o quadro clínico crônico de seu irmão, além do desamparo e abandono dos moradores de rua, são vivências muito marcantes, que podem fazer com que racionalize seus conflitos e enfiamentos e considere que as situações das pessoas que vivem em torno de si sejam tão graves a ponto de sentir que seu sofrimento é pouco importante, limitando sua percepção e vivência de doença, bem como a própria necessidade de cuidados.

Quando a pesquisadora solicita que Ioná desenhe uma pessoa com Psoríase, sua entonação de voz e sua expressão ao dizer *“Com Psoríase? Olha, Magda, eu vou desenhar eu, porque a minha relação com Psoríase... mas, eu vou desenhar eu, porque assim, eu não conheço muito do tema, né (...)”*, sugeriu que ela poderia até não saber de que se tratava, configurando na pesquisadora uma contratransferência de que todo o procedimento estaria sendo realizado em uma pessoa que não atenderia aos critérios da pesquisa, pois não teria Psoríase.

No entanto, isso havia sido confirmado anteriormente, tanto num primeiro contato, quanto quando confirmamos o local e horário da aplicação do Procedimento, inclusive o fato de não haver nenhum parente que tivesse qualquer Doença Autoimune. Assim, a necessidade de Ioná de negar os conflitos que desencadearam a Doença Autoimune, bem como a doença em

si, é tão sintomático que, por segundos, quase convence a pesquisadora de que não tem Psoríase, de que não tem conflitos, de que é “*feliz*”, “*realizada*” e “*saudável*”, “*mesmo com Psoríase!*”

Estamos utilizando o conceito de *contratransferência*, como bem esclarece Etchegoyen (1987), que sempre se põe em uma relação assimétrica (como analista / paciente, mas no caso, pesquisadora/participante), na qual uma (pesquisadora) vai cada vez mais conhecendo a outra (participante), que permanece desconhecendo-a.

Assim, a *contratransferência* seria uma resposta afetiva à libido insatisfeita reprimida que é apresentada na *transferência*, fenômeno não restrito a uma relação assimétrica, mas vinculada às doenças psíquicas, pela repetição sintomática, pelo reviver diante daquele a quem se transfere. Ou seja, Ioná foi revivendo fenômenos conflitivos e transferindo-os aos desenhos e verbalizações, desencadeando a resposta contratransferencial da pesquisadora, a saber, negação maníaca como resquício das vivências maternas.

Deste modo, essa necessidade de não ver a doença, nem no desenho, fez, inclusive, com que a pesquisadora não questionasse no terceiro desenho o uso das cores amarelo e vermelho, primeiro momento em que as cores aparecem na sequência dos desenhos. Felizmente, a cor amarela retorna no próximo desenho, mas a cor vermelha não, então, segue sem explicação direta de Ioná.

Entretanto, claramente a cor vermelha foi usada para mostrar o ferimento do ouvido, ou o instrumento que lhe feriu o ouvido, cor apropriada para machucados, cor de sangue. Mas o vermelho não foi usado nas demais feridas da Psoríase. Novamente, a negação das feridas da Psoríase como doença. Repete-se sua dificuldade em se desligar da estória, já se coloca prontamente: “*Eu sou Ioná, esse aí é bem primeira pessoa mesmo... eu sou Ioná, eu nem sabia que isso era Psoríase (...)*”. E permanece negando a doença.

Mesmo sendo Ioná tão esclarecida acerca de tantos assuntos, surpreende o fato de dizer que não tenha se inteirado melhor sobre a Psoríase, tampouco sobre seus tratamentos, já que dispõe que condições intelectuais e socioeconômicas para tal. Há, inclusive, médicos na família (filho e nora) que certamente entendem a gravidade de uma Doença Autoimune, mas o diálogo que aparece com o filho em torno de seus conhecimentos profissionais é apenas com relação à retirada do antidepressivo, ou seja, novamente tentando se convencer de que se curou, de que é saudável. Há que se destacar que a própria Ioná menciona ter resistido a aceitar a Depressão e o Transtorno do Pânico por muitos anos.

Surpreende ainda mais o quanto se negligencia: utiliza um termo tão grave como “*perfurar*” o tímpano, mas diz que a Psoríase não incomoda muito. Destaca as coceiras e as

regiões afetadas pela Psoríase, únicas cores em seus desenhos, mas mesmo assim desconsidera tais incômodos. A contradição aparece em toda fala “*coça muito, muito*”, logo em seguida, “*mas, não me incomoda.*” Enquanto isso, coça a pálpebra esquerda inúmeras vezes, trazendo sensação de incômodo até mesmo na pesquisadora.

Joyce McDougall (2000) pontua sua surpresa acerca do fato de que seus pacientes muitas vezes nem mencionavam ter uma doença psicossomática (não necessariamente autoimune) até que houvesse um agravo no quadro por vivências recentes e, quando questionados acerca do fato da não menção da doença, respondiam que não acreditavam na importância psicológica da doença, ou seja, como Ioná, negavam sistematicamente a doença, seus desencadeadores e impactos.

A sensação de incômodo sentido pela pesquisadora possivelmente gerou uma contratransferência que urgia da necessidade de Ioná despertar para si mesma, para seus cuidados, tanto que ao escrever que Ioná já iniciou sua participação na pesquisa desvelando-se desde o momento em que assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisadora digitou *Termo de Esclarecimento Livre e Consentido*, como se tivesse se sentido impelida a cuidar de Ioná pelo autoconhecimento, pelo esclarecimento, ou seja, pela Psicanálise. Essa urgência foi tão intensa que a pesquisadora interrompe a estória para entender a perfuração dos tímpanos, não se contendo e esperando para esclarecer isso no inquérito, como deveria ter sido feito.

Quando a pesquisadora questiona quem cuida da Ioná, a resposta é: “*Eu acho que o Ícaro. Ícaro e Lia. Ênio não muito. O Ênio tem um pouco mais de distanciamento, até depois que ele casou, se distanciou um pouco mais. O Ícaro cuida da Ioná. Mas, ao mesmo tempo, eu cuido muito do Ícaro e tem uma hora que, quando eu não tô bem, que eu descompenso e tal, eu digo ‘eu quero que alguém fica na locomotiva, fica na frente, que eu não aguento mais’; (...) eu estou como Presidente do Instituto, né, eu quero passar o legado para alguém... A Livia falou ‘mãe, você quer, mas você não quer; você é muito, né, você é centralizadora. Você gosta disso, você gosta de mandar, você gosta de estar na frente, você gosta que as pessoas’ (...). Mas assim, o apoio que eu preciso, quando eu preciso de um colo, que aí eu arrio, aí é o Ícaro, aí é o Ícaro; mas ele diz que não, né, que a fortaleza sou eu mesmo (...). Sabe, eu sou mesmo, sou mesmo mandona e centralizadora.*”

Importante dizer que Ioná segue cuidando de todos, mas sua doença revela hostilidade negada e desejo de cuidados que, para além da *formação reativa* já discutida, há que se considerar que:

A doença de pele aparece como uma agressão ao meio, porque está estampada e, em muitos casos, visível. E ao mesmo tempo que visível e causando rechaço, age como pedido de cuidado, aproximação. É uma contradição bastante característica, uma contradição que poderá propor a mudança, quando pudermos trazer à psicoterapia as questões referentes ao adoecimento de pele. (JORGE *et al.*, 2004, p. 25).

Inclusive, Ioná menciona que é muito sociável e disponível às pessoas, todavia, espera retorno, ou seja, reciprocidade nos cuidados, bem como se mostra controladora: *“Eu acho que meu maior dilema hoje é essa questão de querer que as coisas aconteçam do meu jeito, né. Eu acho que isso é um grande dilema. E um outro é que eu sou uma pessoa... extremamente... eu faço, eu tento fazer tudo por todos e eu espero retorno.”*

Compreendemos, então, que a necessidade de negar a Psoríase parece-nos estar associada ao que a desencadeou, algo tão obscuro até mesmo para Ioná: não olhar para a Psoríase seria não olhar para seus desencadeadores. Coçar os olhos seria fechá-los para o quê? O que não quer ouvir, para poder conviver com as crostas nos ouvidos, ou quase se ensurdecer, ferindo os tímpanos? Utilizar tanto as mãos para se coçar, estaria evitando tocar em quê?

Ao abordar as relações entre psoríase vulgar e fantasias inconscientes, Chiozza (1997) aponta que algumas doenças de pele podem também servir como proteção, no sentido de afastar os outros, causando aversão e proporcionando defesas para indivíduos que percebem o mundo como sendo hostil e perigoso. (AZEVEDO, 2008, p. 12).

Curioso que Ioná destaca em amarelo as regiões afetadas pela Psoríase, *olhos, ouvidos* e as regiões das *articulações*, num corpo que se mostra tão *desarticulado* e tão precário em seus desenhos e que não *olha* para as próprias implicações. Se pensarmos no Transtorno do Pânico que a impediu “de sair”, “de realizar”, “de se movimentar”, a Psoríase poderia ter sido um agravo daquilo que o Pânico não conseguiu evitar, a ponto de desarticular-se consigo mesma e com o mundo externo?

Segundo McDougall (1987), no fenômeno psicossomático, a ejeção para fora da psiquê de uma realidade psíquica deixa o sujeito sem contato e conhecimento dos afetos, cuja função é advertir a psiquê de uma situação ansiógena para a qual deveria se preparar para enfrentar. Se esta supressão não é compensada psiquicamente, é provável que o *soma* sozinho seja solicitado a responder da maneira que lhe é própria, ou seja, uma resposta somática a uma mensagem que só pode ser decodificada como mensagem biológica. Esse indivíduo, ao sentir-se constantemente bombardeado por vivências afetivas, precipita-se em estados de pânico impedindo de dirigir-se para as percepções, acontecimentos e relações que deram origem. (FADDEN, 1993, p. 195, grifo do autor).

Pensamos que os ataques de pânico seguiram tentando manter os conflitos em níveis psíquicos, mas, as sucessivas angústias que a vida foi trazendo levaram à insuficiência desses

processos, sendo a somatização, a Psoríase, o próximo passo, já que estava em si mesma a ameaça, a impossibilidade, a dificuldade de lidar com a angústia, e não naquilo que deixou de fazer ou nas pessoas com quem não conviveu ou tocou, pois há aqui uma dualidade, o desejo de afastar para não sofrer traz o sofrimento por se afastar:

Quando a experiência traumática pulsional supera a defesa psíquica, faz com que a economia psicossomática reaja através da regressão e da desorganização. O movimento regressivo, encontrando pontos de fixação, tem uma possibilidade de se reorganizar e se reequilibrar, como é o caso das fixações no nível mental. Assim, um neurótico teria a vantagem de reagir aumentando seus sintomas neuróticos, evitando a somatização. (MELGARÉ, 2020, p. 133).

Ioná seguiu por muitos anos tentando manter o adoecimento inscrito apenas psiquicamente pela Depressão, Ansiedade e Pânico, mas houve um momento em que isso não foi mais possível:

O movimento regressivo, na hipótese de só encontrar um ponto de fixação mais arcaico, ocasionaria inicialmente traços de depressão, depois perturbação do funcionamento do pré-consciente e, se não puder ser contido, vai adiante até a desorganização, que é chamada de progressiva, porque não consegue ser contida. Segue rumo ao campo somático, sob a força da pulsão de morte (MELGARÉ, 2020, p. 133).

O fato de a doença de Ioná ser na pele nos leva às pontuações do autor Anzieu (*apud* DIAS *et al.*, 2007, p. 30):

O autor coloca uma dúvida que nos parece importante: a reação de uma pessoa sob a forma do adoecimento de pele seria uma exigência dirigida à necessidade do toque, ou a um modo, contrário, de isolamento? Pensamos que as duas necessidades podem estar contidas no adoecimento da pele, que não seriam excludentes uma da outra.

E o autor ainda traz uma contribuição que nos leva a refletir na dificuldade de integração de Ioná, em sua ambivalência, em sua precariedade expressa nos desenhos, na indefinição de gênero, nas histórias, nas falas de uma forma geral:

O adoecimento da pele é exposto, ele pede o contato e ao mesmo tempo o faz evitar. Essa complexidade é que tentamos abarcar com o entendimento do funcionamento psíquico nos termos da análise das relações objetais. (DIAS *et al.*, 2007, p. 33).

A doença estar na pele mostra, como já discutimos, uma fragilidade na integração, na internalização, na separação e na proteção do mundo interno para com o mundo externo:

Sendo fonte de sensação e de percepção, a pele exerce funções de superfície de contato e de barreira limitante, além da função simbólica de identidade, auto-representando o sujeito em suas relações consigo mesmo e com o mundo. Para Paul Schilder (1958 apud CHIOZZA, 1997, p. 26), a pele está intimamente ligada à noção de identidade e tem importante papel na conformação do esquema corporal, que se desenvolve por meio das relações do indivíduo com o mundo. (AZEVEDO, 2008, p. 12-13).

Em sua dissertação intitulada *Psicossomática na Psoríase*, Diva Jesus (2010), em suas conclusões, aponta que:

Quanto a **traços específicos de personalidade**, registou-se uma prevalência elevada da alexitimia na psoríase, mostrando uma forte relação entre ambos. [...] Também se tem verificado que pacientes com psoríase, são mais deprimidos e apresentam um temperamento e carácter distintos quando comparados com o grupo de controle. Assim, uma dimensão do temperamento (os evitamentos de perigo) e algumas dimensões do carácter (auto-direccionado, capacidade de cooperação) poderão estar associados com a sintomatologia depressiva nos pacientes com psoríase. Os pacientes com psoríase também tendem a pontuar mais nas escalas de ansiedade e vinculação evitante. (p. 32, grifo do autor).

Podemos pensar em todos os rompimentos marcantes vivenciados por Ioná: a separação familiar quando vai para o Colégio Interno; a Depressão Pós-parto pela separação do filho ao nascer e, por fim, a separação dos amantes.

De acordo com Montagu (1988), a pele suporta diversos aspectos psicológicos. Uma doença de pele, por exemplo, pode fazer com que uma mãe tenha que cuidar diariamente da criança, passando pomadas, acariciando-a e preocupando-se com ela. Nesse sentido, a pele funcionaria como um meio de comunicação e permitiria que a criança expresse sua necessidade de contato e de cuidados. (AZEVEDO, 2008, p. 12).

Sabemos que Ioná não é mais criança, mas, afetivamente, parece demandar cuidados como se o fosse. Ademais, a mãe de Ioná apresenta uma alergia gravíssima na pele, o que nos leva a pensar em uma comunicação dessa mãe também, em nível psicossomático e nos remete ao artigo *Simbiose e Psoríase: Um Estudo Psicanalítico*, de Azevedo e Neme (2009), no qual discutem o interjogo entre rompimentos e lutos e o desencadeamento de doenças, essencialmente quando há relações conflitivas e intensas, como a de Ioná e sua mãe.

Os autores trazem a hipótese de que o adoecimento psíquico da criança doente também foi vivido e acentuado na mãe, que começou a apresentar ansiedade psicótica, enquanto a criança teria somatizado. Os autores ainda apresentam um conceito próprio, a saber, “Dispersão Catastrófica do Objeto Aglutinado” para explicar tal fenômeno:

A dispersão do objeto aglutinado foi denominada pelos autores do presente estudo como ‘Dispersão Catastrófica do Objeto Aglutinado’, a partir da hipótese de que tal

dispersão pode ser catastrófica, a ponto de alojar-se no corpo do outro, participando da gênese de patologias somáticas, ao invés de ser simbolizada e reintrojada pelo sujeito da identificação projetiva. O manejo técnico no atendimento psicoterápico do caso fundamentou-se na hipótese de que os conteúdos projetados na doença de pele não pertenciam apenas à criança, mas também à mãe, devido à relação simbiótica identificada. (AZEVEDO; NEME, 2009, p. 320, grifo do autor).

Outrossim, temos ainda o etilismo do pai que culmina em enfisema pulmonar e câncer, além da cardiopatia do irmão. Parece que faltou a capacidade de simbolização em todos os membros da família da infância, sendo necessário expressar fisicamente o sofrimento que não pode permanecer acolhido em níveis psíquicos. “A influência das condições da dinâmica familiar como potencializadoras das causas alergógenas já era destacada como fator importante na abordagem das somatizações graves.” (TEIXEIRA, 2006, p. 27).

Uma família que segue disfuncional, adoecida, mas que não pode romper os laços, pois, talvez, isso seria ameaçador demais: os pais não se separam efetivamente, mesmo tendo um relacionamento findado, dormindo em quartos separados; o irmão que mora em sua casa até se recuperar após longa internação; sua mãe que mora em sua casa, mesmo Ioná não querendo isso, como verbaliza; uma família em que seguem trabalhando juntos (irmão e filha com Ioná), com exceção do filho, aquele que se distancia afetivamente, inclusive morando em outra cidade.

Mesmo diante de todas as angústias que temos destacado até o momento, Ioná segue buscando superar suas dificuldades, tem uma vida social muito ativa, é deveras produtiva e não cede aos adoecimentos, mesmo que com os mecanismos defensivos que temos discutido até aqui, revelando o quanto essa disputa pulsional exigiu de si ao longo de seus quase sessenta anos de idade.

Assim, até diante da aplicação do Procedimento de D-E (T), aparentemente, Ioná foi encontrando meios de tentar se organizar conforme podia falar e se inter-relacionar com a pesquisadora, da mesma forma que se propõe ao longo de sua vida.

No entanto, no último desenho proposto, sendo a sequência dos desenhos cuidadosamente escolhida para aproximar gradualmente as participantes de seus conflitos, fica claro em Ioná que quanto mais era proposta uma aproximação, mais se negava a fazê-lo: “*Ioná. De boa c/ a psoríase*”, “*zero impacto na vida*”, mesmo quase perfurando os tímpanos, culminando na transparência do desenho, na dificuldade de separar o dentro e o fora, no que pode ser visto e no que não pode. Assim, quando lhe é solicitado entrar em contato com sua

doença, com o convívio com sua doença, novamente regride, mostra a língua, a transparência nos cabelos e no pé, ou seja, transparência no campo das ideias e do movimento, e se desintegra.

Ioná só destaca em amarelo, neste desenho, a Psoríase no local em que os outros a veem, seus cotovelos, como ela mesma salienta. Novamente o uso do amarelo (e não vermelho) para minimizar o aspecto de doença; parece, inclusive, ter destacado apenas o único lugar que conscientemente não pode negar, não pode esconder, contudo, o adoecimento de pele por si só já nos comunica essa dificuldade de separar o dentro e fora apenas em níveis simbólicos e representativos: o que sangra e rompe psiquicamente foi exposto nas feridas e na constante cicatrização da Psoríase, ou seja, um conflito latejante, pulsante, que não foi elaborado, tampouco comportado internamente.

Já, ao ser questionada em relação ao desencadeamento da Psoríase: *“(...) não sei se tem alguma relação estreita com algum fato... eu não consigo te responder.* (Pesquisadora: Mas, como estava a sua vida naquele momento? Você lembra mais ou menos?) *Ai, eu não lembro, Magda (...) como eu nunca dei muita importância para ela, eu não consigo fazer muita relação, viu, Magda... eu não consigo.”*

Aprofundando esse assunto, foi questionado sobre sua relação com seu corpo e desde quando se sente incomodada com ele, conforme aponta no inquérito: *“Eu acho que nos últimos dois anos mais, porque eu ganhei aí uns 10, 15 quilos, nos últimos 10 anos, porque eu nunca estive tão gordinha como eu estou agora... eu sempre fui mais pro cheinha, mas assim, o que tá me incomodando agora é que estou com uma barriga muito grande e eu estou sem agilidade... mas assim... acho que até por essas questões do passado... eu tinha uma questão de corpo, de tá bem, porque eu tinha que ser aceita, querida, né, bonita, enfim hoje já não; hoje isso já não é mais prioridade para mim; hoje a questão do meu corpo está muito relacionada à saúde; eu queria estar mais magra para estar mais saudável, pra estar mais ágil; eu perdi agilidade, eu canso muito fácil, mas queria estar com um corpo um pouco melhor, menos barriga (...)* (Pesquisadora: Mas antes a sua relação com seu corpo era?) *Era boa, era boa, nunca tive problemas em relação a isso, sempre fui gordinha, mas nunca... nunca fiz plástica, nunca fiz, não, não e nunca foi maravilhoso, nunca tive um corpo maravilhoso, mas eu nunca tive essa coisa muito, coisa muito de estar me tratando, de estar isso, fazendo muita coisa, não.”*

O que incomoda, pela negação, não são as coceiras destacadas em amarelo ou a doença em si, porém, é como se Ioná se importasse mais com o que os outros enxergam e como entendem sua doença do que sua própria percepção. Mais um indício defensivo, que também

aparece em suas falas, sua necessidade de tudo controlar e de ser aceita. Ioná se queixa de ser centralizadora e controladora. Ao ser questionada sobre como se sente quando as coisas não acontecem como espera, responde: *“Tenho trabalhado isso, viu, Magda, eu fico bem incomodada, fico bem incomodada (Pesquisadora: Mas explica o que é bem incomodada.) Eu fico brava, fico irritada, porque as coisas têm que ser como eu quero... Lógico, eu estou trabalhando a minha reforma íntima, eu estou trabalhando, isso não é uma virtude, isso é uma coisa a ser melhorada. (...) Eu sou muito argumentadora e eu sempre faço muito pelos outros (...) estou sempre querendo ajudar todo mundo, mas eu também sempre espero... eu também sempre espero (...) eu tenho trabalhado isso porque isso não é uma característica legal, isso não é legal, mas a minha personalidade é assim.”*

A doença à luz da psicanálise ratifica o corpo em sua positividade, não reduzindo-o ao registro do biológico, mas assumindo-o como sexual e pulsional, isto é, como construído no regime alteritário que o retira da ordem auto-erógena, mergulhando-o nas malhas do social, do outro. A clínica psicanalítica põe em questão a participação do sujeito na doença, visando a operar uma interrogação em relação ao seu lugar frente a si mesmo a partir da construção de possibilidades de ressignificação do adoecer orgânico na experiência do corpo erógeno, além do corpo biológico doente que se torna consistente através de uma manifestação devastadora que rompe o silêncio dos órgãos. (TEIXEIRA, 2006, p. 33).

Ainda há muito a ser refletido, todavia, o faremos de forma unificada com as ponderações acerca da próxima participante. Antes, porém, visualizemos Maya, também individualmente.

4.2 Sobre Maya

Mesmo Maya tendo falecido, apresentaremos suas Unidades de Produção e a Entrevista, tratando do momento das aplicações, ou seja, enquanto ainda estava viva. Certamente, consideraremos sua morte para analisar os dados.

Maya tem 36 anos. É casada com Tadeu há 11 anos, também de 36 anos, com quem tem uma filha de 08 anos, a Bia. É advogada, mas não foi aprovada no Exame da Ordem de Advogados do Brasil, nunca exercendo essa profissão. Atualmente, não trabalha. Tem Lúpus Eritematoso Sistêmico desde seus 18 anos de idade.

Em função da doença, já é transplantada de um rim e depois da gestação teve novamente falência renal, retornando às hemodiálises; fez cirurgia cardíaca e terá de fazer novamente para trocar uma válvula mitral. Realizou há poucos dias uma cirurgia para remoção

de um câncer no reto, decorrente dos imunossupressores que precisa tomar frequentemente, assim, tem tratado esta e outras comorbidades, como pneumonia. Ainda não pode entrar em fila para novo transplante, pois deve esperar seis anos e confirmar que o câncer não voltará, já que isso comprometeria o transplante. De qualquer forma, se questiona acerca do novo transplante pelos desdobramentos familiares envolvidos e pelo sofrimento decorrente desse tipo de intervenção.

Trata-se de um histórico de muitas internações, intervenções, cirurgias, adequações e limitações, e, por muitas vezes, quase óbito: *“E eu, quando eu fico doente, não é assim, ‘ai eu tô ruim e vô para o hospital e tá’, eu já vou morrendo, já, é uma coisa assim, porque como eu tava tratando o tumor, eu tava com diarreia e eu não reparei que eu não estava urinando, porque eu tava com diarreia, então, para mim eu tava normal, eu simplesmente acordei no meio da noite e falei para o meu marido ‘me leva para o hospital que eu tô passando mal’. Aí eu morri lá no hospital! Fiquei 40 dias em coma. Aí eu fui voltando, o médico falou que foi milagre mesmo, que foi Deus que mandou voltar e fiquei depois 3 meses no hospital. Falei ‘ai, acha ter essa vida de novo? Não!’ Eu tô tão bem hoje...”*

Com relação a essa fala de muitas vivências de quase óbito, podemos destacar:

De acordo com os Relatórios atuais em Reumatologia, tais óbitos se devem, em sua maioria a infecções, que são a principal causa de morte em todos os níveis da doença. No Brasil, aliado às infecções, tem-se observado a associação frequente com complicações no sistema respiratório (26,4%) e no sistema circulatório (20,7%), bem como com outras condições: hipertensão (31%), diabetes (24%) e o aumento do risco de doenças coronarianas (15%). (SAMPAIO JÚNIOR *et al.*, 2020, p. 10305).

Ao ser indagada sobre como lida com todas essas questões responde: *“Então, eu acho que eu já sofri mais, hoje é a minha filha que é o meu conforto, é por causa dela, sabe; se não fosse por ela, acho que essa vez que eu entrei em coma, acho que eu falava para me levar embora, mas eu tenho ela, eu luto por ela (...). Por causa dela, por isso que eu falo de transplantar de novo. Eu tô tão bem agora, meu exame tá bom, tudo tá bom. E por que que eu vou mexer com isso de novo? Eu sei o que eu sofri, o que eu passei. Filho eu não quero ter outro, só queria ter uma e Deus me deu ela, então, eu vivo por ela.”*

Quando Maya chega para iniciarmos as atividades da pesquisa, já ao descer de seu carro foi possível visualizar uma jovem mulher abatida, magra e com uma leve dificuldade para andar, como se estivesse com fraqueza ou restrições musculoesqueléticas. Os braços revelam cicatrizes de procedimentos e aparentam uma pele clara muito envelhecida, não condizente com

sua idade, mas com sua doença. É evidente se tratar de uma mulher com alguma doença grave. Por outro lado, muito doce, sorridente e prestativa.

Mostra-se aflita ao que seria a prática a ser realizada, conforme já havia dito à pesquisadora ao telefone, pouco antes de vir ao seu encontro, pois receava o que seria feito. Até então, sabia apenas que seria sujeito da pesquisa, por uma entrevista e técnica a ser explicada na hora da aplicação, para evitar variáveis, como se preparar para o momento e alterar os resultados efetivos. No entanto, sabia que poderia se recusar a fazer o proposto, mesmo depois de iniciado o Procedimento, podendo até pedir que os materiais produzidos não fossem utilizados.

Tão logo é explicado se tratar de desenho e todos os demais aspectos e objetivos da pesquisa, já se tranquiliza e se mostra muito participativa. Explica essa angústia por já ter consultado com psicólogos que, segundo ela, não foram éticos nem propiciaram boas experiências, mas isso não foi aprofundado por nós nesse momento. Posteriormente, durante o Procedimento, esclarece que um de seus incômodos se refere a uma psicóloga que, em técnica de constelação familiar, afirma enfaticamente que sua filha tem Lúpus, por Maya ser sua mãe e ter LES; algo realmente impactante para uma mãe e, acima de tudo, polêmico, já que essa causalidade direta não se comprova cientificamente e Maya sabe disso por ter dialogado com seus médicos a esse respeito.

Maya foi adotada por parentes próximos, depois do assassinato de sua mãe. *“Vixe, então, eu sou adotada, para começar eu sou adotada. Eu sei quem são os meus irmãos em São Paulo, conheço todos eles (...) a minha mãe teve a gente muito nova; ela casou com meu pai muito cedo e começou a ter filhos muito nova. Então, ela teve os três primeiros, que são os mais velhos e depois foi os três mais novos, eu, a Mônica e o Maurício. Tem um que morreu, que eu não lembro o nome dele, a Melissa e a Maria, que são os mais velhos. E a minha mãe era muito dada, porque ela casou nova e a gente morava numa COHAB lá em São Paulo e ela disse que a minha mãe mexia com coisa errada. (Pesquisadora: O que eram coisas erradas?) Com drogas, ela saía com um monte de gente, traía meu pai, sumia, depois voltava. E não ficava com a gente, quem cuidava da gente eram os irmãos mais velhos (...) um dia chegou uns traficantes lá, umas pessoas lá, que a minha mãe tinha feito alguma coisa (...) ninguém sabe até hoje o que que foi. E os traficante lá mandaram minha mãe descer que eles vão sair com ela ou eles vão subir e pegar todo mundo que estava dentro do apartamento. A história é que quem tava no apartamento era eu e meus dois irmãos mais novos. Aí então ela desceu e sumiu. Aí depois acharam ela na vala lá morta, toda estourada lá (...) disseram que meu pai ficou*

muito mal, ficou com depressão e ninguém mais sabia o que fazer com os três mais novos, porque os mais velhos já se viravam; e não cabia todo mundo no mesmo lugar (...). Eu vim para cá e fiquei nessa casa da minha vó, que ela era irmã do meu pai, por parte de pai. Fiquei na casa dela. O Maurício foi para um outro lugar e a Mônica foi com um outro tio meu. Ai, nisso tudo, a minha mãe falou que tava lá um dia, a que me adotou agora, que é minha prima, falou que eu tava lá e ela me achou bonitinha e perguntou se eu queria ir embora com ela e aí eu falei que eu queria. Então ela me pegou, porque minha vó já não tava mais dando conta de cuidar da gente, então ela pegou e ficou comigo. Aí eu cresci com ela. Aí eu nunca mais vi os meus irmãos (...).”

Os cinco irmãos foram reunidos novamente pelo pai tempos depois. Apenas Maya permaneceu com a família adotiva e se mostra indignada com isso, da mesma forma que demonstra tentativas defensivas de não se envolver: *“Por que que ninguém veio me buscar, né? Eu tinha muita raiva disso. Só que aí com o tempo você vai conversando, conversando, e eu sou assim, eu conheço todos, só que eu consigo me apegar com uma só, porque eu não tive convivência com eles; meu irmão para mim é o Júlio e a Juliana (irmãos adotivos); lá para mim eles são uns amigos que eu conheço, não consigo aceitar como irmão, eu não cresci com eles, então é diferente, não dá, aí tem essa Melissa, que é a mais velha e eu converso com ela direto, eu vou na casa dela, ela quer vir para cá, eu, eu recebo ela, tal, e eu explico isso para ela, falo que eu não consigo ter um sentimento de irmão: ‘O amor que vocês falam que tem por mim eu não consigo ter, porque vocês me deram. Vocês não esquecem, eu fui criada aqui, eu esqueci’; tanto que eu só tive contato com eles porque o meu rim parou quando eu tinha 18 anos e eu precisava transplantar, o médico quis a família toda; aí tivemos que chamar eles e foi à toa, porque ninguém quis me doar o rim, eu falei que eu também não queria! É, não é fácil você vir assim para pessoa falar ‘vou te dar um rim’. Não é assim que funciona, eu falei ‘ai também não quero’, vai criar um laço ali que eu não vou conseguir e não vai dar certo. Tanto que o meu primo doou um rim para mim e depois virou uma bagunça, porque depois eu fiquei sabendo que ele achou que eu ia casar com ele, que minha mãe ia ter que pagar seguro, convênio para o resto da vida para ele, aí deu o maior rolo; hoje a gente não se fala e a gente era super próximo. Tanto que eu falo que se for para eu transplantar de novo, primeiro que eu vou entrar na fila, porque pegar de gente viva eu não quero mais, só eu sei o que eu passei, o que eu vi, o que eu ouvi, então, não, muito obrigada! Ah, é bom ser transplantado? É! Você bebe líquido à vontade, mas o jeito que eu tô, eu tô bem também! Então, eu tenho muita a pensar ainda (...).”*

Mesmo estando indignada por não ter se reunido com sua família biológica, Maya esclarece seu desejo de infância por permanecer com a família adotiva: *“Tanto que eu vim morar com eles aqui, aí tinha Juliana, eu fui crescendo aqui com eles e aí os de São Paulo eu fui ver lá, não tinha 18 anos. Minha mãe me falou que eles vinham para cá me ver às vezes, mas eu não queria ir, porque o meu pai vinha, eu não lembro disso, mas ela falou que o meu pai vinha e falava que ia me levar embora e eu não queria ir embora, então, ela falou que quando ele vinha eu não queria ir lá na casa da minha vó; aí minha vó ligava e falava ‘Olha, o Sérgio está aqui e ele quer ver a Maya’; aí minha mãe falava e eu já começava a chorar que não era para me levar lá. (Pesquisadora: Então, não foi por isso que você não foi junto com os outros?) É, pode ser, mas a minha irmã, essa mais velha que eu converso lá de São Paulo, ela falava que não ia deixar me trazer embora, porque ela falou que aparentemente eu estava vivendo com uma família boa aqui. Eu tinha comida em casa, tinha onde dormir, lá eles passaram aperto, ela falou. Tiveram que ficar tudo amontoado num lugar só, então, eles passaram aperto, passaram fome, falou assim: ‘Maya, eu não ia trazer você para cá’; então ela que não deixava (...).”*

Contraditoriamente, nesse momento, fica evidenciado que a única irmã com quem menciona vínculo teria sido a pivô de sua permanência longe da família biológica. Mesmo compreendendo que a história familiar que levou a essa decisão não possa ser reduzida à irmã mais velha e a essa fala, racionalmente, seria essa a informação que Maya tem.

A respeito de sua família adotiva esclarece: *“(...) aí teve outro problema, o meu pai daqui, que me adotou. Eles eram muito felizes, tal, aí um belo dia ele começou a ter dinheiro, começou trabalhar, começou ganhar dinheiro, foi ficando mais rico, não sei o quê, aí começou com putaria, começou a trair minha mãe e eu tinha acho que uns oito anos e eu vi tudo isso. Aí um dia, eu nunca esqueço, a gente foi na festa do peão (...) aí ele passou na casa da mulher, pegou essa mulher, levou na festa do peão eu, a minha irmã e ele. E aí aquele monte de mulher junto, aí eu criança, peguei e contei para minha mãe, falei ‘ó, o pai fez isso, isso e isso’ e eu levei a minha mãe lá na casa da mulher; aí minha mãe brigou com ela, bateu nela, foi uma vergonha. Aí o que que aconteceu? Eu apanhei e depois desse dia ele começou a bater nela. Então eu vi o meu pai bater muito na minha mãe, batia bastante e chamava eu para ir lá socorrer ela; aí eu que ia lá, ficava vendo tudo aquilo. Aí depois passava tudo aquilo e eles estavam de bem de novo. E ele traindo ela com outras mulheres. Foi assim até... (Pesquisadora: E as brigas eram pelas traições?) Eram, vixe, bastante, e ele sempre batendo nela; hoje ela me conta umas coisas que ela não me contava antes: que ele já tentou matar ela um monte de vez,*

já, mas parece que ele não tinha coragem de finalizar o que ele queria fazer. (Pesquisadora: Eles ainda estão juntos?) Não. Aí quando eu casei, eu tava organizando as coisas pro meu casamento... ele traiu... agora ele mora em outro estado. Ele arrumou uma fazenda lá, começou a trair a minha mãe lá e as conversas vinham parar aqui. Aí no dia do meu casamento, faltava uma semana, ele veio embora e nisso já tinham ligado para a minha mãe, 'olha, o Lian tá com uma mulher aqui e não tem mais jeito'. Aí eu falei para a minha mãe: 'agora chega, né, já deu, já; você falou antes que era porque a gente era pequena, mas agora aqui ninguém mais é criança, né'. Aí se separaram, só que ele bateu nela até naquela semana do meu casamento; falei 'nossa'; aí eles conseguiram se separar, graças a Deus! E quando eu fiquei doente do Lúpus, eu tinha 18 anos, aí ele não acreditava que eu tava doente, ele falava que era mentira minha, então, foi difícil com ele também, até que não tinha mais o que fazer, que aí ele acreditou; estava lá todos os exames, eu comecei a ficar internada, internada e internada, até comecei a fazer hemodiálise... aí não tinha mais o que falar, né... aí agora é assim, foi essa a minha infância. (Pesquisadora: Você ainda tem contato com ele?) Converso, sim, vejo ele, ele vem para cá, tem a minha filha, ele gosta, trata bem ela, só que ele tenta fazer coisas que agora não adianta mais... que um pai... que agora eu não quero mais e eu não aceito muita coisa dele; igual ficar querendo bajular a minha filha... ele vem para cá, ele fica uma semana... ele vai na minha casa uma vez só, já é o suficiente para ele. Então, se para ele já é o suficiente, para mim também é, então, hoje eu não me cobro mais; eu já tive muita mágoa dele, muita mesmo, eu já fiz muita terapia (...)."

Nesse momento, menciona que o irmão tem depressão grave, com sintomas psicóticos, apresentando ideação suicida e já tendo sido internado por esse motivo. Ele tem 28 anos, tem uma filha, mas não é casado, não trabalha e é muito dependente da mãe. Esse irmão e sua irmã de 32 anos são filhos biológicos do casal que a adotou. Diz que sua irmã é muito forte, mas também depressiva. A irmã também é advogada.

Maya namorou apenas 06 meses e já se casou, aos 28 anos, alegando ter casado para evitar as broncas e cobranças do pai, que era muito impeditivo. Decide ser mãe depois de 02 de casamento, alegando sentir um vazio que entendeu dever ser preenchido por um filho. Diz viver bem com o marido, que decidiu ficar ao seu lado e enfrentar o Lúpus: "(...) você não é obrigado a ficar comigo... eu passei, tô ruim de novo... aconteceu tudo isso, você tem opções... a gente tem uma filha e ela não vai deixar de ser a nossa filha, mas você não é obrigado a ficar comigo, aí ele falou 'mas eu quero' e falei tá bom (...)."

Questionada acerca de suas amizades e vida social, Maya diz: *“Amizades? Eu não tenho (...). Eu nunca tive, na verdade, por esse meu jeito assim... eu era muito atirada sabe... eu gostava mais de amizade de menino do que menina e eu gostava de sair com todo mundo (...) eu namorava e via que a pessoa já tava gostando de mim, eu já saí fora, aí eu não quero... começou a se apegar comigo eu não queria mais... eu gostava de quem não gostava de mim; aí chorava, sofria, porque às vezes eu gostava de alguém e a pessoa não queria, mas passava, e com o Tadeu foi isso. Eu gostei, tal... aí depois de um tempo passou esse gostar, só que aí eu já estava casada, e agora? Aí foi que eu queria ficar solteira... aí aconteceu que eu não fiquei, consegui, por isso que eu nunca tive amiga de ir na casa... eu sempre fui mais assim, de ficar com família. Quando a gente namorava, a gente saía com os amigos dele, que eu me anulei de todos os meus amigos, até porque os colegas que eu tinha eram lá do (...) (menciona um bairro nobre), e eles não aceitavam eu ter casado com uma pessoa de baixa renda, sabe? E eu não aceitava isso, porque eu não sou assim. (...) E a gente, assim, eu saio mais com os amigos que ele arruma, aí vai as esposas e eu faço amizade, mas eu não fico me apegando, não, eu não gosto. E eu tenho um quê com a minha filha, então, eu sou muito apegada, minha mãe fala que eu só pegada com ela, não ela que é apegada comigo! Aí, se eu tô só com ela já tá bom; não precisa de mais ninguém.”*

Sobre sua vida profissional, revela não ter cursado a graduação que queria, por ter que se deslocar para outra cidade e sua mãe recluir por sua saúde: *“(...) ela falava ‘se te dar umas crises, que a gente vai fazer?’ E as crises, por incrível que pareça, é de noite que acontece. Agora não! Nos primeiros... isso eu acho engraçado. Quando eu descobri o Lúpus, meia-noite eu começava a inchar, no meu rosto, nas minhas pernas, nos braços, aí doía todas as juntas... foi bem no começo do Lúpus... aí depois que eu transplantei, que ele me ataca, eu quase nem percebo. Eu sei que dá porque vem a febre... aí falo ‘é o Lúpus’, quando dá uma febre assim do nada.”*

Como sua mãe é empresária, Maya a auxiliava antes do casamento, mas não formalmente. Quando se casou, buscou seu único emprego formal, onde ficou por cinco anos, tendo sido demitida junto com vários outros funcionários após a fusão dessa empresa com outra. Mesmo o agravo do LES e a rotina de cuidados não a fizeram parar de trabalhar, ainda que diga que o retorno à empresa depois de uma internação fez com que ficasse irreconhecível devido ao inchaço, inclusive no rosto. Agora, cuida de sua casa e de sua família, explicando que aprendeu a fazer sua rotina de trabalho diária conforme seu desejo e bem-estar.

Revela ser uma pessoa que busca o que está em seu alcance, mas também um pouco dependente de sua mãe e irmã: *“Só dependo muito da minha irmã e da minha mãe para ir para alguns lugares, eu tenho medo de pegar pista, eu não pego, eu pego assim, essa pista com muito caminhão, eu tenho medo.”*

Maya se caracteriza como uma pessoa calma, mas excessivamente ciumenta: *“Nossa! Eu tenho ciúme de qualquer pessoa; a minha mãe é que eu tenho mais! A Bia, quando era neném, eu tinha muito ciúmes dela, hoje não tanto, hoje eu não ligo assim, dela dormir na casa de alguém; a vó dela fica bajulando ela, isso hoje eu não ligo mais; quando ela era bebê eu tinha; é, a minha mãe fala que eu sou muito possessiva, assim, o que é meu é meu, sabe, ninguém tasca, ninguém pega! Só que se eu chegar para você e falar ‘eu não tô bem, deixa, deixa eu quieta’ Você tem que me deixar quieta, porque senão, eu fico nervosa... (Pesquisadora: Você consegue falar bem dos seus afetos, do que você está sentindo, você acha que você comunica do que você precisa?) Não! O Tadeu sempre fala para mim ‘Tenta conversar, tenta falar o que você tá sentindo, senão não dá’. A nossa relação melhorou muito por causa disso; porque eu não quero falar, mas ele fica lá, ele faz gracinha, faz eu dar risada e eu acabo que eu falo... e com ele só... a minha irmã tem muita coisa que ela faz que eu tenho de vontade de falar que eu não falo; ele fala que eu devia falar, mas eu não quero falar. (Pesquisadora: O que você sente? Por que você não fala?) Ah, às vezes ela faz umas coisas lá que eu não acho certo... igual, por exemplo, ‘você tem que tirar esse trauma e dirigir na pista’. Eu não acho que eu tenho que tirar esse trauma meu, eu não quero, eu não quero ir, eu tenho medo. Eu acho que uma pessoa, se ela tem medo e ela faz, vai dar bosta, que você vai ficar apavorado (...). (Pesquisadora: Por que você não consegue dizer isso para a sua irmã?) Sei lá, porque eu não quero magoar ela. Ela pode falar qualquer coisa para mim, mas eu não posso falar qualquer coisa para ela. (Pesquisadora: Isso acontece com todo mundo ou só com a sua irmã?) Com todo mundo, dependendo do que tá me falando (...) eu não quero magoar ninguém (...) e não só isso... quando... todas as vezes que eu tô bem, elas (referindo-se à mãe e à irmã) estão ali do meu lado; quando eu tô mal, elas estão ali do meu lado (...). E isso aconteceu muito com meu pai (...) tudo que acontecia em casa era culpa nossa, eu aprendi a não discutir (...) eu baixei muito a cabeça para ele, então hoje eu sou assim.”*

Sobre os ciúmes e possessividade, podemos incluir essas falas de Maya: *“Os filho dele... ele tá com outra mulher lá, ela tem um filho de cada pai (...) eles foram viajar (...) e meu pai falou que ele queria viajar com a mulher e a gente super apoiou... só que eu achei que era só ele e ela... daqui a pouco eu vejo a foto da família feliz, os quatro lá na praia (...); falei*

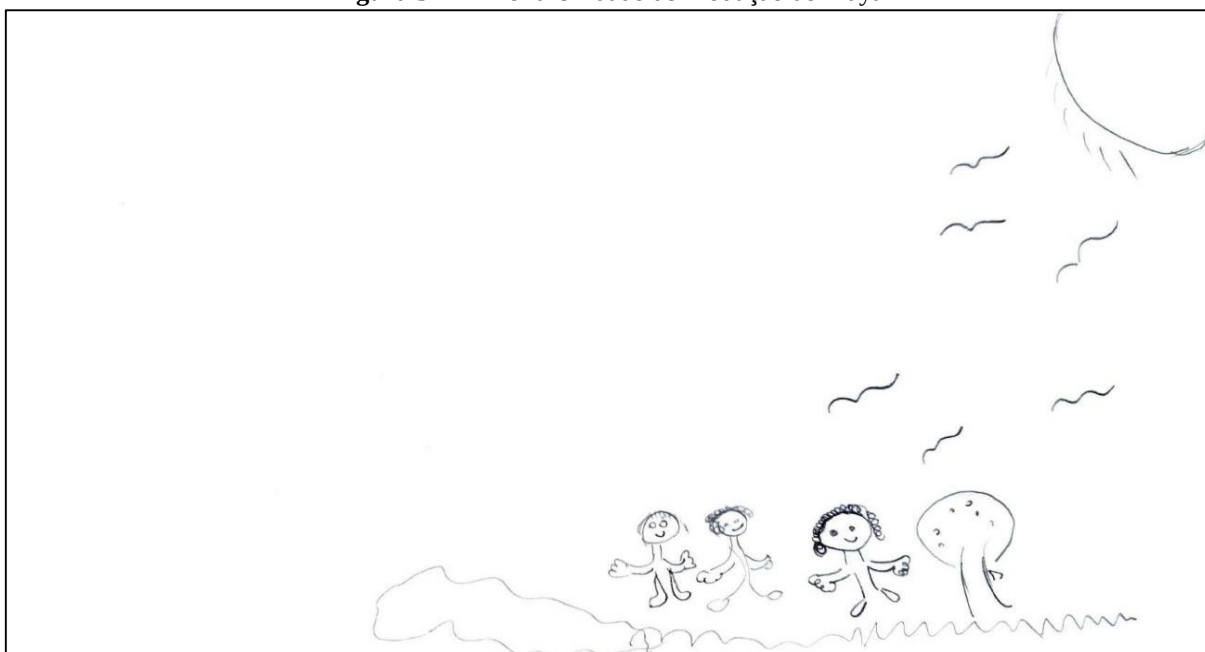
‘nossa, beleza’, aí o meu pai comprou um carro, comprou uma (menciona a marca do carro, demasiadamente cara), aí eu vejo a foto das crianças (...) e o carro atrás com o símbolo da (fala novamente o nome da marca) (...) eu fico com raiva dessas coisas... eu nunca fiz isso... meu pai sempre deu de tudo do bom e do melhor para a gente, a gente nunca ficou se exibindo desse jeito... aí vem esses dois que nem é filho dele... aí dá vontade de escrever lá ‘porque é com as coisa dos outro é bom, né, não é seu! aí minha irmã fala para eu ficar quieta, deixar eles (...).’

Seguem, agora, as Unidades de Produção de Maya e, posteriormente, as interpretações possíveis.

4.2.1 Unidade de Produção: Criança Saudável de Maya

Título: Um domingo à tarde de sol

Figura 5 – Primeira Unidade de Produção de Maya



Fonte: elaborado pela participante Maya (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Eu gostaria que você desenhasse para mim uma criança saudável.

Maya: *Ih!! É para fazer os desenhos que eu faço?*

Pesquisadora: Fique à vontade, como você quiser.

Maya: *Porque eu não sei desenhar.*

Pesquisadora: Não se preocupe, fique bem tranquila.

Maya: *Uma criança saudável* (silêncio enquanto desenha. Começa desenhando pelo rosto desce para o corpo, começando a desenhar primeiro o que seria o lado esquerdo do corpo, depois o lado direito do corpo, da mão e depois desenha os cabelos, tudo isso em silêncio. Passa para as próximas figuras, que estão à esquerda da criança, por quem começa o desenho. Faz a árvore, o gramado, o lago, o sol e, por fim, os pássaros). *Pronto.*

Pesquisadora: Agora me conte uma estória sobre esse desenho.

Maya: *É uma criança que está no ar livre, numa floresta, num campo, com os pais, num laguinho, num dia ensolarado, cheio de passarinhos em volta.*

Pesquisadora: É isso? (Acena que sim com a cabeça)

Pesquisadora: É uma família, na verdade, que está aí?

Maya: *É.*

Pesquisadora: Quem são as pessoas?

Maya: *Olha eu, para falar a verdade, eu pensei na minha filha.*

Pesquisadora: Na sua filha?

Maya: *É*

Pesquisadora: Qual é a sua filha?

Maya: *Essa* (e aponta para a criança, sendo a figura pela qual iniciou os desenhos, que está ao lado da árvore).

Pesquisadora: Então essa seria a sua filha. E quem está com ela?

Maya: *Eu e o meu marido* (marido está ao lado da criança).

Pesquisadora: São só vocês três que moram na sua casa?

Maya: *Hum-hum.*

Pesquisadora: O que vocês estão fazendo nesse dia ensolarado?

Maya: *Estamos aqui curtindo um solzinho, conversando, brincando.*

Pesquisadora: Como que essa criança está nesse dia?

Maya: *Ela está feliz, bem feliz, porque ela gosta de fazer isso.*

Pesquisadora: E os pais dela?

Maya: *Também estão! Eu, o pai dela... a gente brinca muito, a gente gosta de fazer essas coisas.*

Pesquisadora: O que que essa criança está pensando?

Maya: *Que ela está muito feliz; que o dia está muito bonito.*

Pesquisadora: Quer acrescentar alguma coisa?

Maya: *Não.*

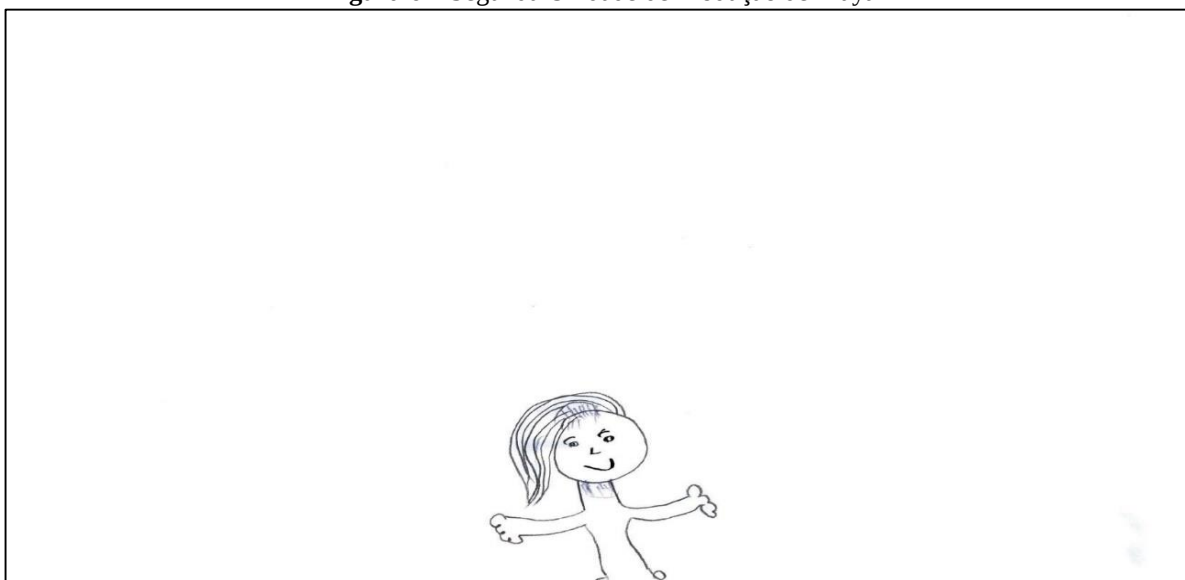
Pesquisadora: Esse lugar, vocês frequentam mesmo?

Maya: *É... assim... eu vou muito no sítio; a gente vai em (menciona o local da propriedade) no sítio lá; nossos refúgios. Ainda mais nessa pandemia, foram nossos refúgios... nossa salvação... ficar no sítio. Ainda mais eu que não posso ficar no sol, por isso que eu construí uma árvore, porque eu estou sempre perto das árvores, porque eu não fico no sol... é isso... um laguinho, uma piscina.*

4.2.2 Unidade de Produção: Pessoa Saudável de Maya

Título: A garota saudável

Figura 6 – Segunda Unidade de Produção de Maya



Fonte: elaborado pela participante Maya (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você desenhasse uma pessoa saudável.

Maya: *Uma pessoa? Desenhar uma pessoa* (fala isso muitíssimo baixo e depois permanece em silêncio enquanto desenha) *Pronto.*

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você me contasse uma história desse desenho.

Maya: *Ah! É uma pessoa, que está feliz também como estou feliz, não tem nenhum problema... tá... num dia normal dela, fazendo as coisas do dia a dia ou trabalhar, ou cuidar de casa... e cuidando dos cabelos* (além da entonação da voz indicando conclusão, olha para a pesquisadora comunicando que encerrou a história).

Pesquisadora: Quem é essa pessoa?

Maya: *Olha, eu fiquei pensando na hora que eu estava desenhando na minha irmã.*

Pesquisadora: Na sua irmã?

Maya: *É, porque ela é assim, além de ser saudável, ela cuida de todos nós... é quem está sempre na frente de tudo.*

Pesquisadora: Qual é a idade da sua irmã?

Maya: *Ela tem 32.*

Pesquisadora: Vocês convivem bastante?

Maya: *Sim.*

Pesquisadora: E você mencionou os cabelos porque isso é uma rotina da sua irmã? Cuidar dos cabelos?

Maya: *Ela cuida dos cabelos dela... ela adora os cabelos dela.*

Pesquisadora: E o que tua irmã estaria pensando nesse desenho?

Maya: *Ah, que ela tá bem... não psicologicamente, porque ela também tem uns trauma dela da vida... mas ela está também, tá bem, sim, do jeito dela, mas tá.*

Pesquisadora: O que ela estaria sentindo, pensando mesmo?

Maya: *Ah, que ela teve um dia bom, dever cumprido. E agora é a hora dela relaxar.*

Pesquisadora: Então ela está relaxando nesse desenho?

Maya: *É, que é o que ela tá fazendo agora.*

Pesquisadora: Ela está realmente, nesse momento, é isso? Por você conhecer a rotina dela?

Maya: *É o que ela faz.*

Pesquisadora: Gostaria de acrescentar alguma coisa?

Maya: *Não.*

Pesquisadora: O que ela faz?

Maya: *Ela é advogada.*

Pesquisadora: Você quer dar um título?

Maya: *Não, não tem título.*

Pesquisadora: Mas pensa um título para o desenho.

Maya: *A garota saudável?* (e sorri na hora em que diz isso e me olha como quem pergunta pela sua entonação de voz.)

Pesquisadora: Pode ser!

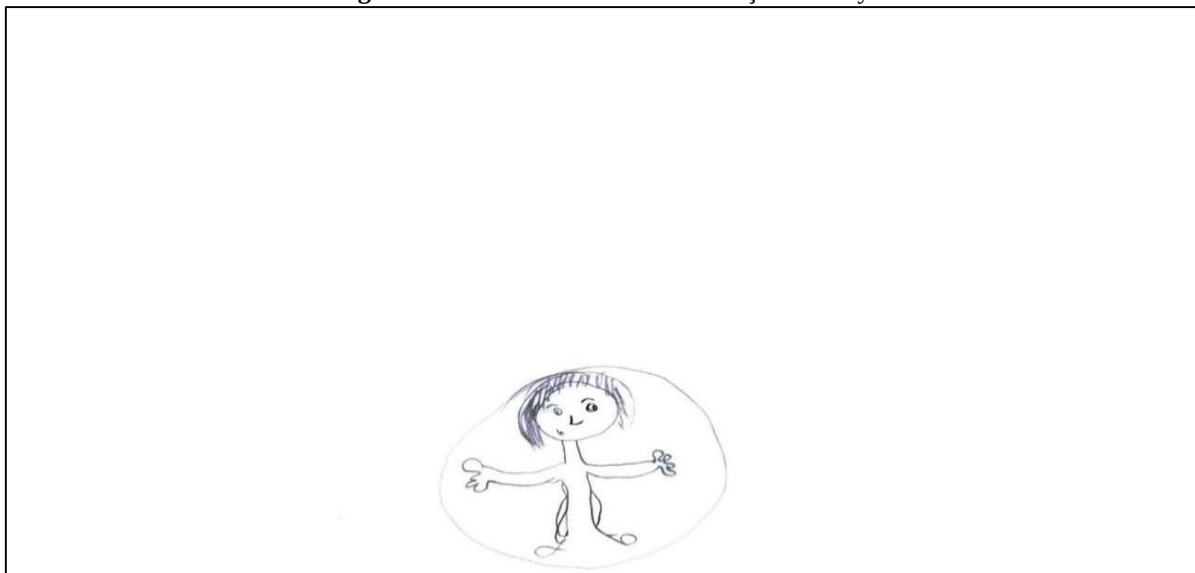
Maya: *A garota saudável.*

Pesquisadora: Ok.

4.2.3 Unidade de Produção: Pessoa com Lúpus de Maya

Título: A menina na bolha

Figura 7 – Terceira Unidade de Produção de Maya



Fonte: elaborado pela participante Maya (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você desenhasse uma pessoa com Lúpus.

Maya: *Vixe (uma expressão de quem não sabe como fazer) Pode pôr uma foto aqui? Uma pessoa com Lúpus é assim (desenha em silêncio). Pronto.*

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você contasse uma história do desenho.

Maya: *Para mim, uma pessoa com Lúpus vive dentro de uma bolha, porque não pode fazer nada, tem que saber o que pode ser feito ou não e não é todo mundo que aceita isso. É, tá sempre com alguma coisa, com um inchaço aqui, um inchaço ali, uma dor aqui, uma dor ali. É... o cabelo... uma hora você pode estar com o cabelo comprido, uma hora você pode, não pode mais, porque senão o cabelo começa a cair... aí aonde vem muita tristeza de muitas pessoas e é um rosto que não tem expressão, porque uma hora você tá bem, uma hora você não tá; então não tem como ter uma expressão; tem que saber lidar com isso, muito bem, senão você não consegue. Pronto.*

Pesquisadora: Essa pessoa está sabendo lidar?

Maya: *Essa sim! Ah, eu entendo que sim; posso estar me enganando por dentro, mas acredito que sim.*

Pesquisadora: Quem é essa pessoa?

Maya: Sou eu.

Pesquisadora: É você?

Maya: É.

Pesquisadora: Como que tem sido isso, Maya?

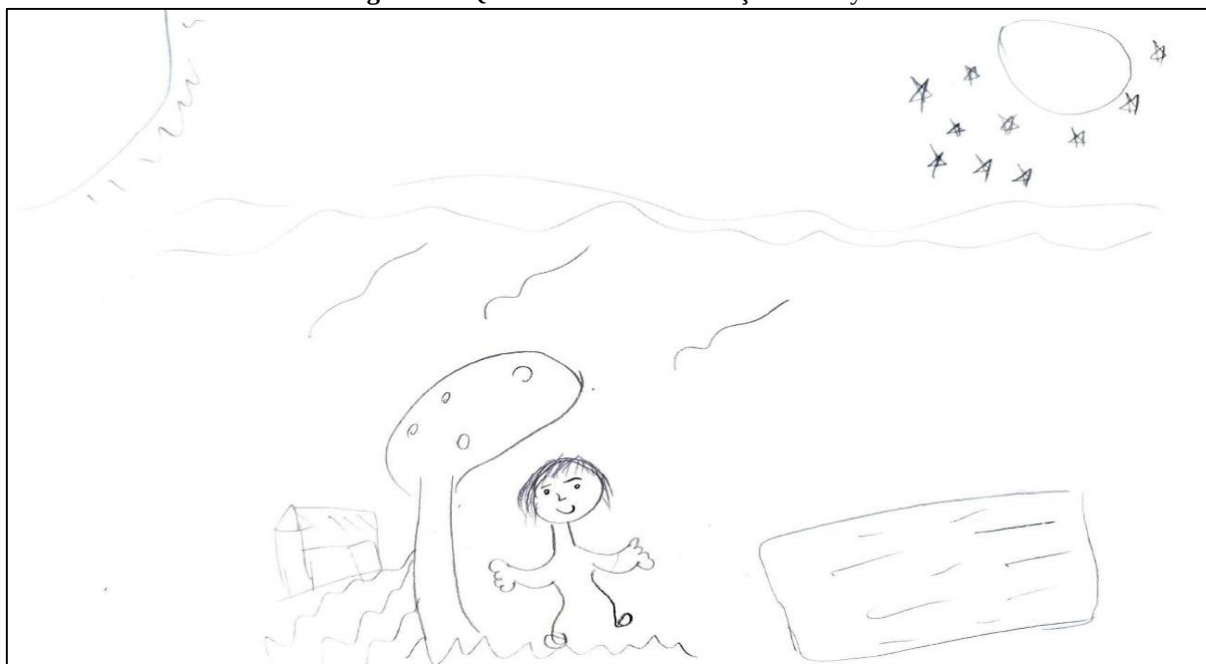
Maya: *Então, é o que eu falo assim... no começo foi difícil, eu tinha 18 anos e, de repente, eu gostava de ficar na piscina tomando sol; ficava na piscina o dia inteiro; numa praia o dia inteiro e, de repente, tudo isso foi tirado de mim, 'você não pode mais'. Tanto que eu achei que era mentira e eu fiquei no sol e eu fiquei muito ruim. Aí então eu fui acreditando que eu tinha algum problema de saúde... aí depois foi o rim parando, porque meu rim parou de funcionar; aí foram as consequências que vieram: o rim, depois o pulmão, o coração; aí fica naquela fase que você fica inchada, desincha, fica inchada, desincha, aí sua autoestima cai. Aí depois você consegue se levantar, aí você fica bem de novo, o Lúpus para, aí foi a época que eu transplantei. A primeira vez que eu fiz hemodiálise foi oito meses... eu consegui um rim, meu primo doou para mim; eu fiquei onze anos transplantada. Nesses onze anos eu fiquei super-bem, menos nos três últimos anos, que aí eu decidi que eu queria ter um filho. O médico falou assim 'você pode ter, você quem decide'. E eu falei que eu quero ter. Foi onde eu tive minha filha e hoje ela tem oito anos e foi aí que o Lúpus começou a ativar de novo e desses, acho que uns três anos, eu comecei a ir no hospital atrás de hospital. Aí minha vida já virou um caos de novo, ficava inchada, desinchava, inchada, desinchava, quando ela nasceu, depois do aniversário dela de um ano, eu precisei ficar três meses sem ver ela, internada lá em São Paulo no Hospital do Rim. Então, foi uma luta diária até que meu rim parou de novo; aí agora eu faço hemodiálise de novo e aí eu tive um tumor que foi no reto e o médico disse que foi por causa dos imunossupressores, porque eu tomo, que eles ajudaram bastante... tanto que agora eu passo com o oncologista, tratei o tumor, sarou, foi a cirurgia que eu fiz agora, sarou, mas eu perdi o rim de novo, agora estou fazendo hemodiálise de novo. E agora eu estou naquela... eu acredito que eu estou bem... estou fazendo hemodiálise... não deixo de fazer as minhas coisas... saio com a minha filha... assim, não aglomeração né, mas a gente vai no sítio, vamos na casa da vó dela. Outro dia a gente foi no cinema, porque tinha pouca gente, assistir, e eu vi que tinha três pessoas e aí ela foi. E é isso estou esperando para ver se ela vai voltar para escola ou não. Aceito a hemodiálise, no começo não estava aceitando de novo, mas agora eu aceito, eu estou me comparando, assim, o que eu estou agora com o que eu estava há dois anos atrás, que eu não saía do hospital. Agora eu já não vou mais para o hospital. Eu fui uns tempos atrás, mas*

eu estava com suspeita de COVID-19, aí eu fiz exame e não era, foi uma pneumonia e o médico falou que era por causa do rim, por causa do Lúpus, entendeu? Tanto que o Lúpus dessa vez atacou meu coração de novo e eu estou para fazer uma cirurgia no coração agora, trocar uma válvula, uma válvula mitral, que já tinha atacado a outra vez e agora atacou de novo. Agora vou ter que fazer a cirurgia. Então eu... eu acredito que eu estou bem, porque eu não me vejo chorando, eu não sei... não sei se eu tô me enganando ou não tô me enganando, mas eu acredito que eu estou bem.

4.2.4 Unidade de Produção: Maya Convivendo com o Lúpus

Título: A Maya na piscina

Figura 8 – Quarta Unidade de Produção de Maya



Fonte: elaborado pela participante Maya (2021).

Verbalizações

Pesquisadora: Agora é o último, tá? Eu gostaria que você desenhasse para mim você convivendo com o Lúpus (Dessa vez já começa a desenhar sem esboçar preocupação e desenha em silêncio, depois, apenas olha para mim e sinaliza que acabou o seu desenho).

Pesquisadora: Agora eu gostaria que você contasse uma história do desenho.

Maya: *É eu nos meus dias calmos, que estão agora, eu fico no sol, sempre me protegendo, não estou mais na bolha, porque ultimamente eu estou bem, a minha casinha, qualquer coisa eu*

corro para dentro de casa... a piscina. A noite onde fico mais, eu aproveito mais as noites... é assim (Acena que concluiu).

Pesquisadora: O que é esse quadrado?

Maya: *Esse aqui?*

Pesquisadora: Isso.

Maya: *É a piscina. Eu fico na piscina, eu fico bastante na piscina, aí a hora que tá sol eu corro para árvore; aí as nuvens vem, aí eu corro para a piscina, aí as pessoas falam 'o sol' e eu saio correndo e assim eu vivo.*

Pesquisadora: O que acontece quando você fica no sol?

Maya: *Se eu ficar no sol o Lúpus ativa e ativa mesmo.*

Pesquisadora: Ativa só cutâneo ou interior?

Maya: *O meu é no interior... ataca, começa a atacar meus órgãos sem dó nem piedade. Eu já sinto dor nas juntas; aí começa a febre atrás de febre e você pode tomar Dipirona, tomar o que for não passa a febre; até o médico falar 'é o Lúpus' e dar as dosagens certas dos remédios, aí para e a dosagem é muito cortisona; aí ele vai parando; então eu tomo muito cuidado, vivo de protetor solar; por isso que eu prefiro mais as noites. Eu não deixo de me divertir, mas evito. Igual, eu vou no sítio de final de semana, com todo o cuidado do mundo; eu não deixo de ir na praia, eu vou na praia, sim, mas, fica embaixo daquele monte de guarda sol. Comprei aquelas blusas com protetor UV lá e vou para praia, não deixo de fazer as minhas coisas, só não tomo sol. Minha família com essas coisas fica 'vem, vem, vem, tá sombra, vem, vem, vem' e eu aproveito assim. No sítio dá umas três e meia, quatro horas, a hora que o sol começa a sair lá da piscina, aí é a hora que eu entro. E aí minha filha sabe, eu sempre achei uma maneira de explicar para ela... então ela sabe que eu não posso ficar no sol e ela não fica chorando 'aí minha mãe não pode fazer isso', nada, ela entende, ela fala 'ah, mãe espera aí que você não pode agora'. Então eu acho que por isso, minha família me ajuda muito, eu tenho o apoio de todo mundo.*

Pesquisadora: Como você está se sentindo nesse momento desse desenho?

Maya: *Ah, tô me sentindo bem.*

Pesquisadora: O que você está pensando?

Maya: *Que o dia está gostoso, que eu vou para a piscina.*

Pesquisadora: Tem mais alguém com você nesse cenário?

Maya: *Não, nesse aqui eu estou sozinha.*

Pesquisadora: Por quê?

Maya: *Porque eu gosto de ter os meus momentos também... eu... ainda mais esse ano, que eu fiquei muito dentro de casa, porque agora eu não estou trabalhando mais, eu comecei a hemodiálise. Então eu tô muito dentro de casa; e este ano a minha filha ficou comigo o ano inteiro; eu dei umas surtadas em casa; teve um dia que eu até me arrependi do que eu falei, pedi milhões de desculpas, mas eu falei que eu não queria nem ser mãe mais, de tanta raiva que eu tava; que tudo eles criticam; tudo... só que aí eu falei 'ai desculpa', foi um momento de estresse tava muito... meu marido em casa, minha filha em casa... todo mundo em casa falei 'nossa senhora'.*

Pesquisadora: Eles criticam, são os dois?

Maya: *É, tava enchendo o saco, sabe, não, dei uma surtada lá em casa... não devia ter falado o que eu falei para minha filha... que eu não queria mais ser mãe, mas eu estava muito brava, pedi desculpa e tal... Passou. Só que também depois daquela surtado todo mundo melhorou. Todo mundo começou a colaborar, porque eu faço as coisas e coloco lá. Na hora da janta o que tem que fazer eu faço e na hora que eu falo 'vamos jantar, eu quero todo mundo sentado junto na mesa hein, e como eu ficava 'vamos jantar?' e os dois lá me ignorando, ela fica no computador e ele fica no outro. Aí falei 'ah não! A hora que eu chamar é para vim!' ... aí começamos a se entender de novo, parou a crise, foi só estresse.*

4.2.5 Interpretações Acerca das Quatro Unidades de Produção de Maya

Tais quais os desenhos de Ioná, Maya nos surpreende com desenhos cujas figuras humanas estão muito fragilizadas, sempre com troncos abertos, ora com desproporcionalidades e desconexões entre seus membros, ora muito desvitalizados. Não nos repetiremos acerca das discussões em torno das precariedades psíquicas em pacientes psicossomáticos representadas em tais figuras, respaldados pelos conceitos de *pensamento operatório* para Marty e *desafetação* para McDougall, dentre outros. Não obstante, ficam evidentes em suas Unidades de Produção a desintegração de seus corpos, assim, passemos a resgatar as peculiaridades de Maya, que nos contempla com cenários com paisagens, que são ricos em possibilidades de interpretações.

Quando olhamos a Primeira Unidade de Produção de Maya, vemos uma cena aparentemente cotidiana: uma família desfrutando de um domingo ensolarado em seu sítio. No entanto, esse desenho revela exatamente uma das maiores dificuldades e ameaças de Maya: aproveitar a piscina ou o lago, devido ao sol.

Seus olhos estão sem pupila, mesmo que os da filha e do marido as tenham, o que nos revela que teria condições gráficas de os incluir no desenho, se assim o quisesse, ou seja, afetivamente é Maya quem não contata o mundo exterior.

Essa esquiva do contato com o externo nos sugere persecutoriedade com relação ao que está fora, que parece ser entendido como ameaçador. Destarte, esses olhos de Maya nos dão a sensação de olhos de um cadáver, um corpo com olhos em branco, representando um corpo que está esvaziado, já sem vida ou com dificuldade/impossibilidade de seguir vivo. Os olhos em branco de Maya nos remetem tanto à *relação branca* discutida por Marty e M'uzan, quanto à *angústia branca* trazida por Green. Acerca da *relação branca*:

Um sujeito acometido por uma 'psicossomatose' – isto é, um 'paciente psicossomático' – tenderia a expor suas perturbações como fatos isolados, sem estabelecer associações e sem manifestar envolvimento afetivo. Este tipo de postura, denominada 'relação branca', seria predominante ao longo da vida face à presença do pensamento operatório, em que pese a existência circunstancial de uma 'doença somática'. (PERES; CAROPRESO; MELLO, 2019, p. 3, grifo do autor).

Com relação à *angústia branca*, já discutida enquanto representação de *estados de vazio*, correlacionado ao *complexo da mãe morta* desenvolvido por Green, nos faz considerar que Maya é a própria *mãe morta*, além de carregar consigo duas *mães mortas*, uma simbolicamente e outra de fato.

Ao investigar sua produção, Maya nos conta que *a priori* recusou o diagnóstico de LES e sua gravidade. É preciso relembrar que Kübler-Ross (1969) menciona a *negação* como um possível estágio de luto e faz essa discussão abarcando os conflitos diante do diagnóstico de uma doença grave ou terminal e da notícia da brevidade da morte propriamente dita. A autora apresenta cinco estágios de luto, a saber, negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, que podem ser todos vividos ou não, da mesma forma que não necessariamente nesta ordem. A *negação* seria, então, um mecanismo defensivo que leva o indivíduo a desacreditar da gravidade de sua doença e até mesmo de seu diagnóstico. A seriedade deste mecanismo está exatamente no fato de que a demora em iniciar o tratamento ou aderir às mudanças de hábitos podem incorrer em agravos em seu quadro clínico e avanços das doenças ou, na pior das hipóteses, em inviabilidade de cura.

Ao negar os perigos do sol, desobedecendo a orientação do médico de não se expor a ele, Maya se conscientizou da doença da pior forma possível, agravando drasticamente sua condição física, pois o sol ativou a função defensiva de seu sistema imunológico e seu corpo

foi atacado, já que pessoas com LES sofrem com fotossensibilidade (XAVIER; ZANOTTI; RIBEIRO, 2013). Maya menciona a fadiga e a intensa dor nas articulações ao se expor ao sol que, ainda, culminou em falência renal.

Há que se considerar, também, a premência do sol nesse desenho: algo que ama tanto, mas lhe é mortífero e que demora a acreditar que está lhe matando ou lhe matará. Seria esse perigo que Maya não contatou com os olhos vazados? O relato de Maya intercala seu ato de ser expor ao sol e de se proteger do sol. Isso nos leva a pensar para além do sol concreto e sua ameaça pelo LES, mas também esse sol representando os perigos, as ameaças com as quais tem/teve que conviver, às quais se expõe e lhe causam danos: danos que deixam cicatrizes, danos de morte.

Resgatemos as discussões de Pinheiro *et al.* (2006) e Verztman *et al.* (2007) acerca da precária *vivência da temporalidade* das pacientes lúpicas e como os autores constataram uma intensa dificuldade das pacientes em lidarem com conflitos, os tendo como invasivos e insuportáveis e, que ocorreriam mais rapidamente do que se podia adaptar-se. Além disso, a vida seria sem sentido, e percebiam-se desprotegidos e desesperançosos.

Há em Maya uma ambiguidade entre sua crença na possibilidade de se proteger e de se imunizar dos perigos, por vezes até não reconhecidos, com o fato de ter que assumir tais perigos e uma impossibilidade de se proteger deles. É possível entrar em contato com o perigo da negação primeiramente apresentada, quase falecendo efetivamente, não fosse alguém lhe conceder vida novamente por meio de um órgão transplantado.

A criança saudável desenhada é sua filha que, mesmo sendo criança, é levemente maior que os pais, parece estar mais viva, ter mais ênfase, Maya lhe concedeu a vida, lhe concedeu a própria vida. O marido está no meio, mais próximo à Maya, ou seja, o casal está ao lado da filha, que também está próxima à árvore, está protegida.

Ter engravidado nos remete à importância de se reconciliar com suas *mães mortas* (internas ou externas), a mãe que Maya tenta proteger ao contar do adultério, mas a expõe a um pai que se torna violento; e a mãe assassinada por estar perto dela em casa, tendo que se entregar ao perigo. No entanto, são mães que também não a protegem, que a expõem ao perigo, às situações de inconstância, de violência, de privação, de desamparo.

Há, então, a ambivalência em relação à figura materna, levando a uma *reparação maníaca*, que a faz decidir por ser mãe, mesmo com todos os riscos envolvidos para ela e para o bebê.

Em *Inveja e Gratidão* (1991 [1957]), Klein pontua que a Pulsão de Vida é representada pelo *seio bom*, que nutre e que dá início à relação de amor da criança para com sua mãe. No entanto, há as vivências com o *seio mau*, aquele que frustra e que ameaça, com quem se rivaliza e espera a retaliação, mas também se busca a reparação.

As vivências conflitivas fazem a criança perambular pelas *posições esquizoparanóide e depressiva*. A reparação ocorre na posição depressiva e se caracteriza em uma tentativa do ego de lidar com as angústias e perigos. Mas quando o ego não encontra meios de lidar com a ansiedade depressiva que decorre desse processo, ela se torna persecutória e o mecanismo de reparação torna-se uma *reparação maníaca*, na busca latejante pela restauração do objeto amado que foi atacado.

Ainda é preciso esclarecer que na busca da apreensão integral do objeto e do reconhecimento da própria dependência em relação a ele, no caso a mãe, essa dependência é sentida como perigosa e ameaçadora, e o sujeito é levado a reparar não apenas a mãe, cuja relação despertou a culpa e a inveja, mas também partes do seu *self*.

Nesse sentido, Maya revela sua tentativa desesperada e autodestrutiva de se reconciliar com as imagens das mães se tornando mãe, tal qual a autodestrutividade de suas mães: a que é assassinada pelas relações estabelecidas e a que é espancada continuamente e quase assassinada pelo marido por várias vezes. Há uma relação de tragédia posta em suas famílias (biológica e adotiva) que se repete e se estende à sua, já que faleceu antes mesmo de sua filha completar dez anos, mas poderia ter sido ainda mais trágica para Maya e sua filha desde a gestação e o parto:

Entre estes fatores pode-se citar a presença da atividade da doença durante a gravidez, nefropatia prévia, hipertensão materna e positividade para presença de anticorpos antifosfolípides. Gestações que se fizeram presentes nestas condições podem levar a sérias complicações para o feto, a exemplo da síndrome do lúpus neonatal, caracterizada por bloqueio cardiogênico e/ou lesões cutâneas e, eventualmente, associada às alterações hematológicas e hepáticas. [...] Esta síndrome é a principal causa de bloqueio cardíaco congênito isolado e determina alto índice de mortalidade. (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2010, p. 171).

Não nos esqueçamos de que Maya já era transplantada de um rim em decorrência da falência renal:

Outras complicações do LES durante o ciclo gravídico-puerperal são: abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer e presença de alterações neurológicas (déficit de atenção) em crianças filhas de mães lúpicas, que foram detectados na idade escolar. Dentre as complicações maternas, encontra-se a hipertensão gestacional (27,5%), pré-eclâmpsia (25%) e nefropatia com proteinúria (19%). Frente a gestante portadora de nefropatia lúpica, o manuseio da gestação torna-se complexo, pois o

comprometimento renal aumenta os índices de perda fetal, partos pré-termo e restrição de crescimento intrauterino. (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2010, p. 171).

Mas, sabemos, também, que a gestação poderia ser bem-sucedida, como o foi:

Apesar das fortes influências do LES sobre o curso gestacional, a gravidez não está contraindicada. É aceito que a gestação tem melhor prognóstico quando a doença está inativa de três a seis meses previamente à concepção e na ausência de hipertensão. Este é o ponto central do planejamento da gravidez em mulheres lúpicas, pois quando iniciada em momento inativo da doença, há decréscimo da morbimortalidade materno-fetal. (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2010, p. 171).

Maya encontra meios internos de ser a mãe que, por um tempo, de certa forma, protege, já que sua gestação foi muito saudável e sua filha segue bem até hoje. No entanto, não consegue se proteger e morre; vive novamente por meios externos, dessa vez, a tecnologia da medicina que a mantém em coma vivendo por máquinas por quarenta dias, até que seu corpo e mente novamente se propõem a continuar. Parece que morreu como a primeira mãe, mas se refaz como a segunda, num ciclo contínuo.

Maya recorre aos aspectos maternos (e ambíguos), dizendo que vive pela filha e encontra forças nela: o amor que dá vida, mas que apresentou a morte. Infelizmente, sua filha vive as experiências dolorosas de Maya, no sentido de perder a mãe por várias vezes, tal qual a avó adotiva, que quase morria pelas surras. Essas perdas foram vivenciadas quando Maya quase morreu e ficou hospitalizada por três meses, sendo um tempo excessivamente longo para um bebê ficar distante de sua mãe.

Houve, ainda, as ausências pelas cirurgias e demais intervenções, sendo essa mãe sempre frágil e que mais demanda cuidados do que pode oferecer, especialmente se pensarmos afetivamente. Enfim, perde efetivamente sua mãe, que morreu pelo câncer.

J. Mc.Dougall sugere que as pessoas que tendem a reagir aos conflitos por intermédio de manifestações somáticas não conversivas podem ser consideradas antineuróticas, visto sua incapacidade de criar esses tipos de mecanismos de defesa, assim como podem também ser consideradas como antipsicóticas, por se revelarem superadaptadas à realidade e às dificuldades da existência. Esses indivíduos são constantemente impedidos à ação em vez da elaboração psíquica, solicitando permanentemente aos objetos do mundo exterior a realização de funções que deveriam ser asseguradas por objetos simbólicos ausentes ou comprometidos. (VOLICH, 2004, p. 149).

Assim, nas relações estabelecidas por Maya, percebemos uma compulsão à repetição, mas que não se inscreve em níveis neuróticos ou psicóticos, pois, os simbolismos e as

representações falharam, sendo então, tal repetição uma manifestação atuada da Morte. Morte revelada na angústia em relação a todos os conteúdos corporais, sendo seu corpo vazado, olhos sem pupila, seus cabelos ralos, suas pernas reforçadas, pois, é difícil sustentar o corpo, é difícil comportar a vida, seu tronco está sem base, mostrando falta de apoio, sem firmeza, insegurança, tal qual a vida se esvaindo:

Quando existe somatização da angústia ou neurose de angústia e nenhum conflito intrapsíquico pode ser traduzido à luz, é que o processo em não parte do desejo, da culpa ou da sexualidade psíquica. É preciso buscar uma reação de *violência* diante de um teste de realidade que irrompa através da barreira da renegação. A violência, quando não é atuada, sofre um destino particular: a repressão (*Unterdrückung*). A excitação excessiva resulta de uma degradação da violência, que acaba por conduzir à somatização. Essa repressão deve ser diferenciada do recalque (*Verdrängung*), que só pode dizer respeito aos pensamentos representados e simbolizados. (DEJOURS, 1991, p. 39-40, grifo do autor).

Suas pernas são diferentes das demais, a perna é o membro mais forte do corpo, talvez precise dessa força para lutar cotidianamente com o LES. Mesmo Maya sendo a figura humana mais distante da árvore no desenho, menciona que a incluiu, pois depende dela para se proteger do sol, destacado em seu desenho. Está distante da árvore, mas ao lado do lago, o que gosta de usufruir.

Também é possível perceber que sua filha e seu marido estão com bastantes cabelos, ao passo que Maya apresenta um cabelo ralo: perda de cabelo é um dos sintomas do LES, queixa de Maya, junto aos inchaços, como questões que afetam sua autoestima. Seus cabelos são tão importantes que no próximo desenho, a pessoa saudável esbanja cabelos e os seus cuidados são descritos na história criada por Maya.

Ainda que a perda de seus cabelos seja um dado concreto, há a dificuldade de se representar com cabelos mesmo nos desenhos, só os outros os tem, seguindo com sua precariedade, se comparada aos demais, que têm vitalidade e têm cabelos. Os desenhos de Maya apresentam transparência dos cabelos, ou seja, sugerem a dificuldade, a fragilidade psíquica e a dificuldade em separar o mundo interior do exterior.

A não representação de toda sua história de vida impactante resulta numa Doença Autoimune e na insistência pelos comportamentos autodestrutivos, como se expor ao sol e optar pela gestação. Mas a gestação também é uma forma de eternizar-se, de produzir vida.

Há seis pássaros, seis frutas na árvore, seis raios saindo do sol. Seriam Maya e seus cinco irmãos biológicos? Um resgate de sua família da infância? Temos a impressão que sim, que eles tiveram que estar aqui representados; um elo da família do passado com a atual família.

Assim, há, ao mesmo tempo, um resgate e uma tentativa de deixar para trás, fugir da família do passado ou mostrar sua fuga, pássaros que voam, inatingíveis, que vão; em forma humana, representa apenas a família atual, a tocável.

Talvez a urgência por transplantar um órgão da família biológica nos conte da voracidade em pertencer à família novamente, em unirem-se num elo inseparável, tanto que não houve rejeição do órgão e Maya fica bem por um tempo, voltando aos agravos renais apenas após a maternidade. “É compreensível, por mais paradoxal que possa parecer, que as somatizações não simbólicas, diferentemente das conversões, ainda assim sejam passíveis de ter um *sentido*, ou melhor, de abrir caminho para um conteúdo significativo [...]” (DEJOURS, 1991, p. 49, grifo do autor).

Para Maya a psicossomatização tem um sentido de lidar com as perdas, com as dores e, possivelmente, de findar com a angústia, morrendo e deixando tudo para trás, tudo que machucou e ainda (ameaça) machuca. Lembremos que Dejours compreende a somatização como expressão da Pulsão de Morte, por meio de sua discussão acerca da não *subversão libidinal*. Vejamos mais desenhos de Maya para aprofundarmos posteriormente nessa discussão.

Na Segunda Unidade de Produção, a que representa a pessoa saudável, desenha sua irmã, com muita ênfase em seus cabelos. Menciona durante a entrevista que a irmã tem traumas e Depressão, mas tem saúde física, diferentemente de Maya. Foi essa perspectiva de saudável levada em consideração por Maya, não a saúde integral, mas a saúde física, do corpo somático, tanto que as mãos são grandes, se comparadas aos pés ou pernas. O pescoço reforçado no desenho representa a interligação da cabeça ao corpo e pode nos indicar a necessidade de Maya em controlar suas pulsões.

O sombreamento pode estar representando a tentativa de controlar os afetos dirigidos à irmã: essa irmã descrita como idealizada e quem cuida de todos, mas que também revela a irmã com quem rivaliza, a de belos cabelos, que tem problemas, mas que consegue lidar com eles, lidar como o pai, por exemplo, remetendo ao que a Maya não consegue lidar, não tem, não pode. *A priori*, não quer dar um título, talvez por não poder dizer à irmã o que tem vontade, se silenciando.

Desenhar uma pessoa dentro de uma bolha é uma excelente forma de simbolizar as limitações impostas pelo LES, como fez em sua Terceira Unidade de Produção. Único desenho em que Maya está presente e não há contato com a natureza, com o meio ambiente. Sugere, em

tom de brincadeira, colocar uma foto sua ao invés de desenhar. Quanto mais limitações, menos prazeres e maiores prejuízos ao doente:

No entanto, tais complicações resultam não só no agravamento da doença em si, mas num decaimento na qualidade de vida nas áreas de lazer, social, profissional e escolar, podendo ser notada pela reclusão que portadores de LES que, muitas vezes, se auto infligem como consequências dessas complicações ou como forma de preveni-las. (SAMPAIO JÚNIOR *et al.*, 2020, p. 10312).

Se, por um lado, a bolha protege dos perigos, por outro, ela aprisiona, limita e restringe. Maya menciona que é um desenho sem expressão, pois a condição de saúde se altera muito. Há uma expressão de estranheza nessa produção, até porque aqui há pupilas, contudo, não há sorriso e os olhos nos dão a sensação de cada um estar olhando em uma direção. Seria uma discreta forma de mostrar a dualidade entre a morte e a vida, ou ainda um vislumbre do passado e um anseio pelo futuro?

As pernas dão a sensação de uma metamorfose em patas; seriam as patas do Lobo?

Essa doença considerada ‘classicamente’ como de etiologia auto-imune, possui nome latino enigmático – Lupus, cujo significado é lobo, e eritematoso como referência à cor vermelha das ulcerações encontradas na face dos pacientes. Segundo a tradição, consta que essas ulcerações assemelhavam-se à mordidas de lobos ou que o eritema facial desenvolvido conferia aos pacientes aparência desses animais. (ABBUD-FILHO, 2006, p. 2, grifo do autor).

Essas pernas desproporcionais também podem sugerir, novamente, a necessidade de reforçar e conseguir sustentar, estabilizar todo o frágil corpo. Talvez, a convivência com o LES dê a sensação de constante mudança do corpo, no sentido de uma sensação de deformidade, já que, efetivamente, há uma deficiência em seu organismo, que não reconhece a si mesmo e leva à morte de órgãos, como falência renal, falhas em válvulas do coração, perda de cabelo, câncer, perda do controle de si (coma) e inchaços que deformam, seguidos da perda de peso. Ou seja, Maya não controla seu próprio corpo e nunca sabe como estará (e se estará). Seu corpo não se defende, seu corpo se ataca.

A Quarta Unidade de Produção contempla noite e dia ao mesmo tempo. Novamente morte e vida unificados? Ou em disputa? Maya está ao lado da árvore nesse desenho, sob sua proteção. A casa parece estar aberta, unida apenas à árvore e à Maya, pela vegetação do chão, sugerindo que possa levar em consideração os aspectos que podem protegê-la.

Parece que, de fato, Maya se propôs a estar só nesse desenho, fechada para o exterior. Há o sol, o perigo escondido à sombra da árvore; a casa, distante, apagada, desorganizada, não

há portas ou janelas, há a fragilidade, a desproteção. A árvore parece tentar impedir que os aspectos do passado interfiram no futuro. Maya está ao centro do desenho, à mercê do passado e do futuro, dos perigos e dos prazeres, mas tentando se proteger na sombra.

No lado direito estão a lua, as estrelas, a piscina. Aqui há montanhas, pássaros e estrelas, sol e lua. Um cenário denso e complexo. Uma tentativa até fantasiosa de desfrutar apenas o que há de bom no dia e na noite.

Parece que, por fim, Maya encontra uma forma de assumir sua doença e conviver com ela, não mais a negando como fez em um primeiro momento, separando passado e futuro. Ficamos a impressão de que a gradual aproximação com o LES que os desenhos intencionalmente sugerem à Maya, juntamente aos discursos que foram sendo produzidos em torno deles, possibilitaram-lhe a construção paulatina de um sentido ao dolorido passado, podendo se proteger na sombra da árvore, vislumbrando um ambiente exterior mais propício, menos ameaçador, tal qual a noite.

Maya faz o desenho estando só, dizendo assim querer estar, no entanto, o retorno dos pássaros aqui – prováveis representações familiares –, agora totalizam três, podendo ser a forma de Maya se colocar com seus dois irmãos adotivos ou com marido e filha, as famílias do presente e não mais a do passado. Entretanto, os sucessivos adoecimentos e hospitalizações seguem contando da não incorporação do sofrimento em níveis psíquicos, sempre retornando e se expressando no âmbito somático.

Sobre como Maya entende o desencadeamento do Lúpus, passamos por fases diferentes de compreensão ao longo do Procedimento. Ao ser questionada se lembrava do momento em que descobriu, aos 18 anos, se estava acontecendo alguma coisa, responde: *“Então, já me perguntaram isso... eu acho... ai, eram aquelas brigas constantes dos meus pais eu acho... por que a gente morava num bairro bom... é, foi, foi isso mesmo, as traições, as brigas... ele não deixava a gente sair, qualquer coisa a gente apanhava; uma vez ele chegou em casa e não tinha água quente, porque o aquecedor não estava esquentando a água. Nossa! Ele bateu em mim e na minha irmã do nada, pra nada, então, foi tudo essas coisas.”*

Em outro momento, enquanto descreve as vivências de violência familiar desde sua infância, pontua: *“(...) porque os médicos todos sempre me falaram que eu tinha Lúpus, que o que desenvolveu foi o psicológico, eles sempre falaram isso para mim e se você vê tudo que eu passei até hoje, então, não tem como negar, porque foi muita coisa para mim (...)”*. Em continuidade a esse raciocínio, acrescenta que as mesmas vivências teriam desencadeado traumas e Depressão em seus irmãos.

Quando indagada acerca de sua primeira relação sexual: *“Tinha 14, 15 anos. (Pesquisadora: Foi alguém importante ou não?) Foi, era o amor da minha vida, nossa, eu sofri, viu! Nossa, como eu sofri, meu Deus do céu! (Pesquisadora: E não deu certo?) Não, não, porque ele era de uma cidade que é muito longe, onde eu passava as férias, que meu pai tinha sítio na cidade (...) e a gente ia muito no sítio deles e no sítio deles tinha o patrão deles também... aí ele ficava com gracinha com a mocinha lá também... aí depois ficava com gracinha comigo... eu sei que eu era apaixonada por ele, completamente apaixonada, aí eu fiz a primeira vez com ele e, nossa, eu não me arrependo! Mas depois foi uma facada no coração! Aí depois meu pai falou ‘Ó, você quer namorar com ela e tal?’ Aí meu pai deixou a gente namorar, aí ia lá, só que eu ia lá e fiquei sabendo que quando eu não tava lá ele ficava com outras meninas, aí eu chegava lá ele ficava comigo, mas aí meu pai falou ‘se você quiser namorar com ela, eu quero te levar lá para nossa cidade, vou te dar outra vida’. Ele falou ‘não, eu quero ficar aqui’. Aquilo arrasou o meu coração! E nisso ele engravidou uma moça lá que ele tava saindo com ela... aí ela me ligou e falou ‘esquece, porque eu tô com ele e eu tô grávida dele!’ Aquilo acabou com meu mundo, nossa! (Pesquisadora: Você já estava com que idade, nesse momento?) Tinha uns 16, 17, pode ter sido até isso, viu? Acabou com meu coração isso, de verdade, eu chorava tanto, eu chorava, foi o amor da minha vida aquele lá (...) logo que eu casei, eu tava com um ano de casada, eu fui viajar com meu pai; meu pai foi para lá num casamento (...) à tarde eu fui no almoço desse casamento com meu pai (...) eu saí do almoço e fui na casa da tia desse menino, fui lá conversar com ela, falar um oi para ela, tá, aí ela falou assim ‘O Henrique tá vindo aqui, você quer esperar?’, Aí eu falei ‘não, eu preciso ir embora’. Eu tava casada, mas na hora que ela falou ‘Henrique’ meu coração palpitou, aí eu fui embora e não vi ele. (...) meu coração ainda bate por ele, é um amor que nunca vai acabar (...) mas ele é o amor da minha vida e vai ser... eu nunca tinha contado isso para ninguém, viu? (Pesquisadora: Foi bom contar?) Foi, porque eu nunca tinha parado para pensar, realmente, a menina destruiu meu coração, você não tem noção, como doeu aquilo! Foi, acho, que a pior dor que eu senti na minha vida! Acho que nem de ver a minha mãe apanhando do meu pai doeu tanto! Aquilo acabou comigo... eu penso nele, tá vendo?... Daqui a pouco ele sai da minha cabeça... (Pesquisadora: Talvez ele não precise sair da sua cabeça, talvez dar um outro significado.) É!”*

Chama a atenção, também, o fato do seu LES se mostrar muito grave desde o início, no entanto, durante a gestação e o parto, parece permanecer inativo, voltando a ser violento depois de um ano do nascimento de sua filha, motivo pelo qual alega ainda lutar contra o Lúpus e permanecer viva. Seria o LES o sentido para a vida, pela morte, pela luta pela vida?

Quando a pesquisadora pergunta com qual idade havia transplantado o rim: *“Tinha 19, 20 anos. (Pesquisadora: Foi logo no começo! A doença já veio muito violenta? Ela não foi gradual...) Ela já chegou chegando, por isso que eu falo quando chega, vem que destrói tudo, eu sobrevivi até hoje porque Deus falou ‘não, você não vai vir embora, não!’ Porque ela vem que vem! E agora sem... com o rim parado, ela não vem! Por isso que eu tô tranquila agora (Pesquisadora: Porque é ele quem seu organismo combate, é isso?) Isso, é, como ele não tá bem, ele não me ataca mais. (Pesquisadora: Entendo.) E eu, no meu transplante foi difícil. Nossa! Depois que eu inventei de ter a minha filha, na minha gravidez ele não me atacou. Nossa! Nem parecia que eu tinha! Minha filha nasceu perfeita, não nasceu com problema nenhum, só que no outro ano, vixe! (Pesquisadora: E você conseguiu amamentar?) Não, não amamenteei... não pude dar peito para ela. Mas depois... era um ataque atrás do outro... (Pesquisadora: O parto foi tranquilo?) Foi, foi cesárea, por causa do transplante do rim o médico falou que não ia ter parto normal; ela nasceu de 8 meses, aí depois, um ano depois, vixe, foi bem violento, aí começou, ficava todo ano internada... aí falei ‘ah, não, agora chega!’ E é difícil porque tem que ir lá em São Paulo, eu fico internada lá, é muito longe... (Pesquisadora: Por que lá?) Porque é onde eu tratava o rim, lá no Hospital do Rim. Depois que você transplanta, você tem que ficar indo para lá todo mês, fazendo acompanhamento com o médico nefrologista do Hospital do Rim.”*

Uma mulher grávida que faz a ligação telefônica para Maya romper com o amado, ou seja, uma futura mãe. Novamente, a maternidade que a destrói e machuca. Uma criança gerada por outra mulher desencadearia o LES ao tirar o sentido da vida, seu amado, enquanto outra criança volta a desencadear a doença ao tentar dar sentido à vida, isto é, sua gestação? Fica, então, a indagação se a gestação teria despertado novamente a doença em Maya, que esteve controlada por anos. Parece-nos que a angústia de ter se separado de sua filha, pelo parto e constante desenvolvimento da criança pode ter resgatado outras angústias de separação e ativado novamente o LES.

No artigo *Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico*, encontramos reflexões importantes do impacto da gestação e do parto na mulher, em especial, quando se há agravos no processo, como seria o caso de Maya, pelo alerta constante de que pudesse ocorrer, por exemplo, a própria impossibilidade de amamentar:

Não é à toa que essa experiência é marcada por sentimentos intensos e ambivalentes, em que conteúdos arcaicos ligados à história prévia da mulher podem vir à consciência. É também caracterizado como um momento de elaboração da relação da mulher com a própria vivência edipiana, que a remete aos seus primitivos conflitos de separação [...] (MIYAZAKI *et al.*, 2019, p. 8).

Sabemos dos conflitos primitivos de Maya, tendo a mãe assassinada em seus três anos de idade e de ser separada dos demais cinco irmãos e pai. Revivê-los, como propõem os autores, deve ter sido muito angustiante para Maya.

Em um momento, Maya diz que vive pela filha: *“hoje é a minha filha que é o meu conforto, é por causa dela, sabe; se não fosse por ela, acho que essa vez que eu entrei em coma, acho que eu falava para me levar embora, mas eu tenho ela, eu luto por ela (...)”*; em outro, simbolicamente, diz que vive por Henrique: *“meu coração ainda bate por ele, é um amor que nunca vai acabar...”*

A própria decisão pela gestação pode ser considerada autodestrutividade, mas podendo representar também a autopreservação, por meio de um resgate das imagens maternas, o retorno das mães e sua eternização pela filha, como já dissemos.

Para aprofundarmos nestas questões, vamos buscar pontos em comum entre Ioná e Maya.

5 AS VICISSITUDES E OS DESTINOS DA DUALIDADE PULSIONAL

“O meu medo é uma coisa assim
 Que corre por fora entra, vai e volta sem sair, oh
 Oh, não! Não tente me fazer feliz
 Eu sei que o amor é bom demais
 Mas dói demais sentir.”
 Trecho da Música de Dalto Roberto Medeiros

Com base nas Produções de Ioná e Maya, pudemos tecer algumas apreciações que consideraram as singularidades de ambas com relação ao processo de adoecimento e demais enfrentamentos ao longo de suas vidas. Cabe, agora, buscar similaridades nos relatos e produções de Ioná e Maya.

Todavia, primeiramente, considerando o processo de adoecer propriamente dito, convém resgatar a obra *A Doença como Metáfora* (1984), em que Susan Sontag, apresenta reflexões em torno das pessoas que têm câncer ou tuberculose, após a própria autora ser diagnosticada com câncer.

O adoecer por si só já é complexo, não obstante, Sontag aponta que doenças como Câncer ou Tuberculose¹⁴ carregam toda uma gama de preconceitos e múltiplos sentidos, sendo um deles o fato de a doença ser entendida como punição, maldição ou castigo. Essas pessoas seguiriam estigmatizadas e segregadas.

A Tuberculose era atrelada a uma vida promíscua e boêmia, enquanto o Câncer, segundo a autora, passa a ser tido como uma *doença dessexualizadora*. Ambas as doenças são tidas como invasivas, repugnantes e vexatórias.

Ademais, tais diagnósticos vinham rebuscados de fantasias em torno de serem intratáveis, sendo recebidos como sentenças de morte: não qualquer morte, mas a morte como castigo. Estar com Câncer era tão assustador que os doentes e seus familiares se recusavam a falar o nome da doença, utilizando termos como a “*doença ruim*”, “*aquela doença*”. Era como se o fato de falarem o nome da doença a invocariam, como que a um mal. Ainda hoje, em unidades de saúde, tem-se o hábito de evitar tal pronúncia, falando C A.

É fato que o Câncer e a Tuberculose não são o foco de nosso trabalho, entretanto, Maya veio ao óbito pelo câncer, e não em qualquer órgão, mas, no Reto, um local tão íntimo e delicado

¹⁴ Em 1988, a autora produz outra obra abrangendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o livro *Doença Como Metáfora - AIDS e Suas Metáforas*.

de ser tratado (como Sontag destaca, o local afetado pelo câncer é um quesito a mais a ser considerado nas fantasias construídas em torno do adoecimento).

Além disso, pacientes com Psoríase também relatam preconceitos sofridos pelo aspecto da pele, como se fossem feridas contagiosas, ou mesmo por expressões de pessoas que fazem os psoriáticos se sentirem repugnantes, para além da própria percepção desses sujeitos acerca de suas feridas e da doença, que pode ser de vergonha, nojo, dentre outras.

Cabe, ainda, destacar que essas fantasias que circundam as doenças também interferem nas fantasias de cura. Com isso, estamos querendo dizer que alguns pacientes fantasiam não serem dignos de cura ou seu oposto, ficando à espera de situações milagrosas, podendo ter comportamentos inusitados: “Na fantasia de cura expressa o desejo de modificação do mundo exterior real e seu desejo de curar sua compulsão a repetir ditas experiências.” (ABERASTURY, 1992, p. 112). Podem, ainda, negar suas doenças e implicações, como Maya e Ioná.

É importante esclarecer que optamos por não dar ênfase em uma única escola psicanalítica, mencionando as escolas freudiana e kleiniana, além de tecer diálogos entre outros autores das escolas francesas que se dedicaram a psicossomática psicanalítica, que foram se complementando ao longo dos anos (Marty, Anzieu, Green, McDougall e Dejours), cujos postulados confluem com as ideias da pesquisadora.

Até mesmo porque alguns desses autores convergem em pontos específicos a serem tratados neste trabalho ou até foram influenciadores de outros, como as trocas entre Groddeck e Freud ou as contribuições de Marty para as obras de McDougall, Dejours e Green; da mesma forma que somos até hoje influenciados por Freud, Klein ou outros grandes nomes da Psicanálise.

Priorizamos, também, utilizar outros autores contemporâneos, devido ao fato de ser cada vez mais recorrente e intrigante as considerações acerca de doenças orgânicas em Psicanálise, como já discutimos.

Acima de tudo, precisamos resgatar que estamos falando de pacientes que possuem Doenças Autoimunes, não estamos discutindo pacientes com transtornos neuróticos, psicóticos ou perversos nos moldes que os psicanalistas discutiam quando os conceitos de pulsões e todo o aparelho psíquico foram inicialmente investigados e configurados.

Assim, há que se considerar nuances peculiares nessas participantes da pesquisa, bem como em demais dilemas psicopatológicos na contemporaneidade, para que seja possível expandir e avançar nos postulados discutidos.

Isso esclarecido, seguimos com os dados que puderam ser sistematizados por meio das inestimáveis contribuições de Ioná e Maya.

Com base em todos os aspectos apresentados por meio das Unidades de Produção, não podemos deixar de notar as diferenças entre Maya e Ioná, tampouco ignorar a discrepância da gravidade da autoimunidade de ambas. Mas era exatamente essa a diversidade buscada pela pesquisadora, para que fosse possível pensar a autoimunidade de forma geral, não uma ou outra Doença Autoimune em especial.

Entretanto, Ioná e Maya apresentam algumas similaridades em suas histórias de vida, produções e verbalizações. Ambas relatam uma ruptura drástica na infância, um distanciamento familiar e insuficientes relações de acolhimento materno em seu desenvolvimento. Com isso, seus desenhos comunicam muita desvitalização, desintegração e fragilidade. Parece-nos que as rupturas das relações estão expressas nas desintegrações dos corpos apresentados. A solidão vivenciada e a dor das perdas explicam a desvitalização de suas figuras humanas. Possivelmente, todo o desamparo sentido por elas denota a fragilidade de suas produções.

Ioná descreve solidão, tristeza e falta de estimulação ao longo de toda sua infância, além da ruptura abrupta sendo encaminhada ao Colégio Interno de freiras aos nove anos de idade. Maya tem a mãe assassinada aos três anos de idade, o que a faz ser encaminhada à casa de uma tia paterna em outra cidade, depois, é adotada por uma prima, ou seja, soma-se novo rompimento.

Qualquer sintoma, mental ou somático, é, antes de tudo, uma manifestação do sofrimento do sujeito, uma demanda oriunda das marcas de seu desamparo mais fundamental e inevitavelmente dirigida para o outro. Independentemente de sua etiologia ou de sua forma, o sintoma e a doença são por eles mesmos perturbadores do equilíbrio da economia psicossomática, pela ameaça que eles representam para a integridade do indivíduo, podendo promover ou alimentar o torvelinho regressivo, e mesmo intensificar uma desorganização.

[...] Toda reação ‘normal’ apresenta também componentes desviantes ou desorganizados, assim como toda patologia é também composta de um mínimo de organização, para que a sobrevivência do sujeito ainda seja possível. (VOLICH, 2004, p. 166, grifo do autor).

Ioná vai progressivamente nos contando de todas as suas recusas em aceitar o sofrimento desde sua infância, sequer chorava no Colégio Interno, e agora nega suas doenças e seus impactos. Parece que foi a saída defensiva possível para suportar toda a ameaça vivenciada. Curiosamente, nos conta da negação, inclusive, dos cuidados; mas tem que cuidar de todos.

Conforme esclareceu McDougall (2000), devido à clivagem entre psique e soma, os pacientes com psicossomatização não reconheciam suas emoções nas situações angustiantes. Ioná parece não conectar suas experiências a seus adoecimentos, em especial, à Psoríase.

Maya já pode nos contar das dores, daquelas mais íntimas, da dor da mãe biológica assassinada e da mãe adotiva apanhando; da dor da perda do amado; das dores das rupturas e das dores dos procedimentos médicos, mas conta, por outro lado, de um distanciamento afetivo das pessoas: não há amigos; não há vínculos com irmãos biológicos; quando os namorados antigos mostravam-se estreitando os laços, Maya rompia a relação; até o casamento se inicia como fuga do pai, não por desejo de estar com o outro mais profundamente.

Green nos alerta acerca do *amor gelado* como resultado do sofrimento imputado pelo *complexo da mãe morta*:

De fato, vai encontrar a incapacidade de amar, não apenas por causa da ambivalência, mas porque seu amor continua tão hipotecado à mãe morta. O Sujeito é rico, mas não pode dar nada apesar de sua generosidade, pois, não dispõe de sua riqueza. Ninguém tomou sua propriedade afetiva, mas ele não pode gozar dela. (GREEN, 1988b, p. 254-255).

A separação drástica que ambas tiveram com suas mães nos explicitam feridas psíquicas que podem ter comprometido a possibilidade de lidar com as demais relações estabelecidas. Escancaradamente, a Psoríase de Ioná nos confirma essa hipótese:

Uma hipótese viável é que o adoecimento de pele esteja exatamente relacionado à dificuldade de limitações entre o eu e o não-eu, descritas até aqui. Num desejo regressivo de retomada da relação fusional com a mãe, em que são experimentados sentimentos de unidade, cuja sensação se busca por toda a vida adulta repetir, de forma mais ou menos madura, nas relações com os pares, em que se incluem todas as formas de relação. A pele lesionada parece representar esse rasgo, esse corte marcadamente simbólico da ruptura com o outro fusionado, necessária para a continuidade do desenvolvimento psicológico saudável, que não conseguiu se estabelecer por completo (DIAS *et al.*, 2007, p. 28).

Lembremos que Green (1988b) discute que a separação não adequada da mãe-bebê, relacionando-a à precariedade observada em seus pacientes e pontuando o grande vazio que vivenciam, gerando os *buracos psíquicos*, um Eu esvaziado.

Parece-nos que o rompimento com a figura materna em ambas comprometeu a possibilidade de lidar com os conflitos que estariam por vir ao longo da vida e evadir dela acabou por se tornar a opção menos dolorosa, tanto para Maya quanto para Ioná, tornando-se

ainda mais insuportável a angústia e firmando a necessidade de cessá-la quando das outras perdas que sucederam.

Como nos alertou McDougall (2002), os fenômenos psicossomáticos ocorrem pelo uso de defesas primitivas contra emoções, ou seja, podemos pensar nessa busca sintomática de Maya e Ioná como resquício de uma angústia vivida como insuportável, que leva à evasão da vida, à busca pela redução absoluta da dor:

Entretanto, a separação e a diferença não são vividas por todos como aquisições psíquicas que enriquecem e dão sentido à vida pulsional. Ao contrário, elas podem ser temidas como realidades que diminuem ou tiram do indivíduo aquilo que lhe parece vital para sobreviver. A luta contra a divisão primordial, que visa constituir um indivíduo (indivisível), pode dar lugar a compromissos bastante variados: sexualização do conflito, constituição das estruturas de caracteres de tipo narcisista ou aditiva, divisão psique-soma. (MCDOUGALL, 2002, p. 13).

Contudo, as Doenças Autoimunes aparecem bem depois, já na vida adulta de ambas. Qual evento teria propiciado uma ressignificação retroativa do traumático, não incorporado em níveis simbólicos, tampouco delirante ou alucinatório?

Parece que o adultério sucedido do rompimento com o amante para Ioná e o abandono do amado para Maya, além da culpa por contar das amantes do pai para a mãe, que passou a apanhar desse pai; todos conteúdos em que a sexualidade enseja como tema central.

Freud atenta em diversos momentos para a curiosidade infantil e demonstra que a especulação das crianças sobre a vida sexual produz fundamentos concretos ao psiquismo e se relaciona com a culpa. O pensamento vigente à época era o de que a sexualidade emergia apenas com a puberdade, mas Freud descreveu a sexualidade infantil e se contrapôs à ideia de que a sexualidade concerne apenas à idade adulta. Assim, a criança pode atribuir a si mesma uma imensa culpa por sua curiosidade infantil, ou ainda a culpa derivada do medo de perder o amor dos pais ou do temor da punição, o que pode gerar inúmeros desdobramentos futuros. (GELLIS; HAMUD, 2011, p. 638).

Se pensarmos no recalque originário da sexualidade infantil e a impossibilidade de a pulsão sexual ter seu fim de excitação na infância, podemos considerar que o abandono ou medo de abandono recrudesceram em significantes psíquicos autodestrutivos, na medida em que compreendemos a Pulsão de Morte como tentativa de resolver a angústia sentida como insuportável.

McDougall (2002), ao discutir a necessidade de *dessomatização* da criança nos elucida que é “[...] por meio do sexo do outro que se recupera o próprio.” (p. 11). A autora ainda contribui com suas observações acerca de seus pacientes psicossomáticos:

[...] o fantasma fundamental prescreve que o amor conduz à morte e que somente a indiferença e toda libidinização garante a sobrevivência psíquica, o indivíduo, ao procurar mediante essa perda de afeto proteger a sua sobrevivência psíquica, aumenta de modo notável a vulnerabilidade psicossomática. A morte interna que infiltra a realidade psíquica comporta, entre outros riscos, o de produzir a desagregação das barreiras imunológicas, bem como uma somatização regressiva da experiência afetiva. (MCDOUGALL, 2002, p. 11).

Não podemos desconsiderar que a perda do objeto amado, o objeto substitutivo, pode ter feito Ioná e Maya reviverem a perda da mãe e do pai da infância, por meio de um resgate do conflito dos primeiros anos de vida, incluindo o complexo edípico de ambas, que sabemos ter sido regado de ambivalências, rupturas e tragédias.

Green (1988b) menciona, inclusive, que os afetos hostis que deveriam ser direcionados à *mãe morta* acabam por se estender ao pai e há, aqui, um complexo desdobramento desse processo, inclusive a configuração do *amor gelado*.

Não podemos deixar de destacar a culpa que aparece sorrateira na vida de ambas por conta desse turbulento percurso.

Ioná se culpa por ter traído o marido e por ser indelicada com a mãe (rejeitá-la, na verdade). Em Ioná os conflitos relacionam-se aos inconvenientes, às negligências afetivas, não uma ameaça à vida, apenas à integridade psíquica; talvez, daí a Psoríase num nível que só incomoda, mas não é letal. A doença de Ioná nos conta das rupturas em sua vida e da necessidade, até hoje, de estar em processo de cicatrização, buscando fechar suas feridas narcísicas.

Também sua Doença Autoimune não é tratada e não tem ameaçado a continuidade da vida, apenas lhes traz muitos incômodos; talvez precise desse lembrete em si; possivelmente, feridas que lembram dos perigos de amar e que distanciam novos homens, além de seguirem punindo pela relação ainda estabelecida com a mãe: necessidade de cuidados contrapondo aos maus-cuidados ofertados, reciprocamente.

No entanto, tentava ser feliz: tentou pelo casamento, pelos amantes, pelos filhos, pelo trabalho, contudo, sempre esteve presente a marquinha amarga da culpa, da decepção, das responsabilidades racionalizadas pelos cuidados que deveria desprender com todos a sua volta. E inicia-se o ciclo vicioso de cuidar e esperar cuidados, de adoecer e cicatrizar; de se defender das decepções e esperanças, mas decepcionar-se consigo mesma, com seu corpo, sua forma de lidar com a mãe, ajudar esperando reciprocidade: necessita de uma *reforma íntima*.

Maya se culpa pela morte da mãe (era ela quem estava, com dois outros irmãos pequenos, no apartamento e fez com que a mãe tivesse que sair e acabou por ser assassinada).

Depois, a nova mãe passa a ser espancada e quase assassinada, porque ela contou das traições do pai. Imaginamos como Maya recebe o apontamento da psicóloga na técnica de constelação familiar de que sua filha tem Lúpus, algo mortal, porque herdou dela: Maya deve ter sentido ser o veneno mortal na vida das mulheres que ama, inclusive ela própria.

Assim, tanto em Maya quanto em Ioná o Amor vem sorrateira e desavisadamente apresentando o Ódio, a agressividade, a traição, o abandono, o julgamento, a violência, a ruptura. Não sabendo lidar com a culpa e demais angústias, não podendo simbolizar e representar, não sendo capazes (Maya e Ioná) de redirecionar para fora – para os pais, mães, amados, irmãos, enfim, dar um rumo adequado, elaborado e ressignificado –, retorna ao próprio ego como autodestrutividade.

Ambas revelam preocupação em serem aceitas, tendo grandes expectativas com relação ao que as pessoas em seu redor lhe oferecem. Ioná chega a sugerir que é prestativa e solícita, pois espera retorno; menciona que, possivelmente, é aceita porque se porta socialmente já esperando por isso. Maya diz que não se queixa às raras pessoas de sua convivência para não as magoar ou afastá-las; evita vínculos intensos, suas relações sociais são superficiais, como que se prevenindo de novos rompimentos e decepções. Enfatiza apenas a importância da mãe e da filha (justo aquelas cujas vidas foram/estão sendo ameaçadas por ela).

Klein (1996 [1937]) esclarece-nos acerca do sentimento de culpa enquanto resquício da destrutividade a ser direcionada à mãe e, posteriormente, às demais relações objetais da criança, levando à busca de reparação, de ser aceita e de ser amada.

Mas também, segundo Rechart: “[...] os primeiros derivados da pulsão de morte manifestam-se pela *indiferença e pela destruição*.” (1988, p. 48, grifo do autor). O autor se apoia em discussões nas quais Freud (1976 [1915]), em *Os Instintos e suas Vicissitudes*, menciona que a “[...] relação primária entre objeto é a retração, a fuga, ou destruição, a indiferença, o ódio e a aversão [...]” (RECHARDT, 1988, p. 48).

Assim, até a *indiferença* de Ioná com seus cuidados e o *amor gelado* apresentado por Maya podem ser entendidos como expressão da Pulsão de Morte.

Outrossim, Ioná é centralizadora e controladora; Maya é ciumenta e possessiva. Formas diferentes, mas com os mesmos fins: ter o outro para si, de uma maneira muito narcísica. Mas e quando o outro não atende a essa necessidade? Se tornaria esse o *narcisismo de morte* proposto por André Green (1988b)?

Ora, para esse autor, “[...] o narcisismo de morte assumiria a propriedade da pulsão de morte, de aspiração ao nível zero de tensão psíquica [...]” (KOTTLER; ZORNIG, 2018, p. 223), por meio de sua *função desobjetalizante*.

Ademais, em discussões acerca de doenças não-neuróticas, que levaram Green a discutir o *trabalho do negativo*, o autor considera a Pulsão de Morte, no caso, correlacionando-os enquanto consequência de um desligamento desfavorável da criança em relação à sua mãe:

Para Green, o mecanismo de defesa é o elemento que reúne essas concepções freudianas, sendo a teoria do recalamento ilustrativa desse trabalho do negativo (Green, 2008, p. 260). Nesse sentido, o autor propõe reagrupar a forclusão (*Verwerfung*), a clivagem ou o repúdio (*Verleugnung*), a denegação (*Verneinung*), bem como o recalque (*Verdrängung*) como formando, em conjunto, o trabalho do negativo (Green, 2000, p. 148). Assim, todos esses registros encontrados na obra freudiana, dos mais aos menos explícitos, articulados entre si, são reunidos pelo autor sob a indicação da temática do negativo, ganhando complexidade própria, vindo a compor parte de seu conceito. (KOTTLER; ZORNIG, 2018, p. 217).

Neste contexto, podemos de fato considerar as contribuições de Green:

A aproximação teórica entre os fatos psicossomáticos e os estados-limite, especialmente o conceito do trabalho do negativo, levou-o a considerar a hipótese da ação da pulsão de morte no processo de somatização. O desenvolvimento do trabalho do negativo levou-o à busca de uma teoria geral da constituição do aparelho psíquico. (MELGARÉ, 2020, p. 135).

Fica-nos evidente que Ioná e Maya tiveram vivências muito traumáticas em sua infância, dificultando a sublimação e a capacidade de simbolizar e acolher o sofrimento em nível psíquico, produzindo sintomas. Até mesmo pelo vazio do não-encontro com a mãe, que não acolheu, não deu a continência necessária para a demanda das filhas.

A animalidade seria a fonte da violência e das moções destrutivas. Moções inicialmente dirigidas contra o exterior, isto é, contra o outro: contra aquele cuja encontro solicita em mim essa animalidade. E, quando ao exercício dessa violência instintiva, virando-a contra mim, essa animalidade se transforma numa moção suicida ou numa moção mutiladora. Quando me oponho a ela, ao contrário, através da repressão (*Unterdrückung*), preservando o outro – promotor de perturbações – e me poupo de uma atuação suicida. (DEJOURS, 1991, p. 50).

Dejours, ao dar sequência a esta argumentação, nos expõe o que entendemos ser a dualidade pulsional à qual o ser humano está suscetível e lhe impõe toda a ambivalência que incorre em dilemas existenciais e sintomas:

Mas, ao neutralizar a excitação e a intencionalidade inconsciente, arrisco-me a desencadear um processo de somatização: outra modalidade de destruição de meu corpo próprio, sem consciência do processo em que me empenho, através do movimento que, no entanto, não é suicida *stricto sensu*.

Surde daí um paradoxo. Como é possível que a herança instintiva fique a serviço da destruição, justamente quando sua função primária, no reino animal, é a preservação (autopreservação e preservação de espécie)? (DEJOURS, 1991, p. 50).

Compreendemos as Doenças Autoimunes diferente de outras doenças orgânicas, na medida em que são doenças nas quais o corpo se autodestrói.

Parece-nos que não houve a *subversão libidinal* proposta por Dejours nas Doenças Autoimunes, no próprio sistema imunológico, que descaracteriza o ato de se proteger e acaba por se atacar (e não apenas parar de se defender, o que teria ocorrido caso tivesse subvertido). Lembremos desse conceito por meio da esclarecedora síntese de Ferraz pautado nas discussões que Dejours tece entre subversão e Pulsão de Morte:

A boca, por exemplo, já não serve apenas para a função de nutrição, mas também para o sugar sensual, para o morder, para o beijo e assim por diante. O processo pode até se radicalizar quando, para tentar afirmar que a boca nem sequer serve mais ao propósito da nutrição, o sujeito recusa os alimentos, ingressando numa anorexia. É nesse sentido que o apoio pode se definir como uma verdadeira subversão. (FERRAZ, 2007, p. 69).

Eis aí nossa compreensão da Pulsão de Morte acatada pelo corpo, a busca defensiva pelo fim do sofrimento, o soma e o psíquico atuando juntos, defensivamente, rumo ao Nirvana.

No entanto, em Ioná, parece que a Pulsão de Vida, a autopreservação, ainda não perdeu a batalha final, mesmo esta disputa sendo constante, em níveis psíquico e somático, pela dualidade pulsional. Possivelmente porque seus pais seguiram vivos pela sua juventude, sem ameaça concreta à vida, apenas simbólica, a Psoríase revele apenas uma ferida que não fecha, que foi desencadeada por uma dor avassaladora e mortal, mas que segue numa tentativa maníaca de cicatrização até que as feridas emocionais fechem.

No caso de Maya, que perdeu sua mãe aos três anos de idade e que convivia com a violência física doméstica na família adotiva, a morte pela Doença Autoimune também foi concreta e atuada, com perdas sucessivas em enfrentamentos periódicos, confirmada pela morte de órgãos e pelo coma, retomando e continuando, vindo a falecer com a recidiva de um câncer.

Assim, é possível dizer que em alguns pacientes autoimunes, a batalha psíquica final culmina em morte em curto espaço de tempo. Mas esse processo pode vir lento e avassalador, sendo cruel, limitante e dolorido, como em Maya, podendo ser ainda mais lento, velado e discreto, como em Ioná, que até mesmo desconsidera a doença e seus incômodos, talvez a prova

mais irrefutável da busca sorrateira pela morte: não tratar, não curar, não resolver, deixar seguir seu intento.

Não conseguimos deixar de considerar que a inexistência não finda, apenas a existência. Não existimos antes e nem existiremos depois; mesmo enquanto existimos, a preocupação da inexistência está conosco e em nós, representada na e pela Pulsão de Morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Temam menos a morte e mais a vida insuficiente.”
Bertolt Brecht*

Os dados obtidos durante essa pesquisa possibilitaram que fossem alcançados meios para demonstrar a fragilidade psíquica das participantes, como constatamos pelos desenhos tão empobrecidos, com figuras humanas tão desconectadas e fragmentadas.

Essas imagens, associadas às verbalizações produzidas, coincidem com as fundamentações teóricas utilizadas, que discutem a psicossomatização como precariedade psíquica, carente de simbolizações, ao mesmo tempo em que denotam seu caráter defensivo na busca de equilíbrio psíquico após situações traumáticas.

As Unidades de Produção de Maya e Ioná, complementadas pelas informações obtidas com as entrevistas, nos apresentam dados das suas histórias de vida que propiciam dar sentido às Produções, por meio das rupturas mencionadas e das dificuldades em absorvê-las.

Na tentativa defensiva de se esvaírem da dor dessas rupturas e de situações em que o sofrimento extrapolou um limite de suportabilidade, Maya e Ioná atingiram um nível no qual quiseram cessar os sentimentos dolorosos a qualquer custo e, compreendemos que, neste momento, a dualidade pulsional se pôs em conflito defensivo ao mesmo tempo em que se pôs a serviço desse desejo.

No livro *A Pulsão de Morte* (1988), Jean Laplanche, Hanna Segal, Clifford Yotke, André Green, Eero Rechartt e Pentti Ikonen discutem o conceito de Pulsão de Morte, enfatizando os aspectos polêmicos e dissonantes que compõe a dualidade pulsional.

E, como entendemos que haveria formas de a Pulsão de Morte estar ligada, salientamos o que Rechartt e Ikonen apontam no capítulo *Sobre a interpretação da pulsão de morte*: “O processo de ligação é uma das representações centrais da pulsão de morte, mas sem libido não há nada para ligar.” (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 68). Também acrescentam:

Geralmente, a pulsão de morte produz apenas um bloqueio. Qualquer solução é menos perturbadora do que o caos. A ligação requer a particularidade fundamental dos elementos energéticos do psiquismo humano. Se nos referirmos a estas idéias, parece ainda mais verdadeiro que o dever da mãe seja de conduzir seu filho para a vida, de lhe comunicar as condições para viver e não para se evadir da vida. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 68).

Os autores ainda discutem que a Pulsão de Morte teria como destino o apaziguamento, o que deveria ser feito defensivamente para preservação, contudo, nem sempre sai a contento e poderemos incorrer em doenças:

A fim de considerar a significação da pulsão de morte na sua totalidade, propusemos a idéia de que sua função situa-se no lugar dos estímulos de apaziguamento do mundo animal. Esses estímulos de apaziguamento satisfazem a necessidade do instinto. No homem, a pulsão de morte esforçasse por eliminar o ato psíquico inútil e orientá-lo para uma direção eficaz. No entanto, isso só ocorre no melhor dos casos. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 68).

Laplanche nos apresenta, neste livro, no capítulo *A pulsão de morte na teoria da pulsão sexual*, uma discussão que nos parece complementar o raciocínio acima, acrescentando que devemos considerar, além de outros aspectos, os “[...] componentes agressivos da relação especular” (1988, p. 24) e resgata a discussão de Freud, em *Além do Princípio do Prazer*, que propõe que tal Princípio significa uma redução absoluta das tensões e que estaria a cargo da Pulsão de Morte:

Nossa concepção seria a de que a pulsão de morte estagnada e sem representação é apenas a sequela de uma concepção biológica errônea. A pulsão de morte só pode ser o ataque interno por objetos ao mesmo tempo estimulantes e perigosos para o eu. Mas a constituição destes objetos-fonte, atacantes internos, é o resultado de um processo primário de introjeção que encontra a sua origem no que chamamos a situação originária da sedução. (LAPLANCHE, 1988, p. 24/5).

Já pontuamos anteriormente como Laplanche enfatiza as relações de sedução entre pais e filhos, a *sedução generalizada*, e seus impactos para o desenvolvimento e para a vida adulta.

Sendo assim, compreendemos que a defesa se torna autodestruição, na medida em que novos sofrimentos vão aparecendo ao longo da vida e, defensivamente, a Pulsão de Morte se sobrepõe à Pulsão de Vida, decidindo por retornar à ausência de conflitos, à ausência de dor, ou seja, ainda é defensivo, todavia, buscando pela cessação da dor e da angústia da reincidente sensação de ameaça à vida, à integridade, ao corpo e ao psíquico:

Mas é verdade que a destruição é também uma maneira de pôr fim à desordem. A desorganização provocada por um objeto ou uma fonte externa ao *self* pode ser resolvida pela destruição. Morte e destruição são meios extremos de pôr fim à desorganização, mas não são os únicos. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 67).

Mesmo havendo um processo destrutivo regido pela Pulsão de Morte, ele segue sendo entendido por todos os autores psicanalíticos enquanto processo defensivo, visto que ainda pontuam que a Pulsão de Morte age na eliminação do que seria excedente ou supérfluo na vida psíquica:

Nossa ideia é que a pulsão de morte trabalha como uma força de eliminação ou delimitação, como realização de uma imobilização, de uma coagulação, poderíamos dizer. Funciona como o endurecedor destas novas colas de dois componentes tendo, além disto, uma função de eliminação do supérfluo, do que sobra. Mesmo se ela destrói, também fortifica estruturas psíquicas. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 67).

Não obstante, na busca por estabilizar, a Pulsão de Morte poderia destruir, evidentemente, enquanto sintoma que deixou disfuncional aquilo que deveria proteger:

Sob este aspecto, a pulsão de morte é, ao mesmo tempo, estabilizadora e distribuidora. Segundo Eissler, a progressão gradual da ordem e da estruturação conduz à ausência de vida, a um bloqueio da mobilidade e da vitalidade internal. A pulsão de morte é vista como um progresso gradual que conduz à morte. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 76).

Mesmo que a morte não esteja diretamente inscrita em nosso inconsciente, conforme aponta Freud no texto *O inconsciente* (1976 [1915b]), não podemos negar que ela faz parte de nosso cotidiano, seja pelas constantes perdas simbólicas (sentidas pelo distanciamento, términos de relações, solidão), seja pelas notícias de mortes de outras pessoas, ou simplesmente comunicados de doenças.

Há que se considerar as várias facetas dos medos da morte¹⁵ e, neste sentido, os autores discorrem acerca do fato da imagem da morte ser comum para o ser humano e despertar várias nuances de angústias e fantasias:

Segundo os termos de Laplanche, é um estado de impotência absoluta, de sujeição total às nossas necessidades, de uma ausência total de recursos frente a um ataque das pulsões internas. Esta representação imaginária particular de morte, mostra nosso isolamento enquanto indivíduos vivos, longe de qualquer possibilidade de socorro, enterrados vivos. E a morte tal como a tememos quando estamos vivos. Deve ser esse tipo de medo de morte que Klein (1948) evoca no seu artigo sobre a depressão e angústia. (RECHARDT; IKONEN, 1988, p. 76).

¹⁵ Maria Júlia Kóvacs (2002) apresenta, em sua obra *Morte e Desenvolvimento Humano*, todos os tipos de medo de morte e suas representações em nosso psiquismo estudados por ela como, por exemplo, o medo da extinção, de cadáveres, da dependência, do desconhecido, dentre outros.

Nestes termos, entendemos que a dualidade pulsional, em confronto em Maya e Ioná, foi comunicada/manifestada no soma, por meio de uma Doença Autoimune, em que seus corpos foram alvo de destruição de si mesmos, nos dando a entender que a Pulsão de Morte havia vencido a batalha psíquica e desencadeado tal doença, passando à concretização da morte.

Assim, consideramos que, por vezes, a angústia, o medo, a culpa e outros conflitos levam a mente a querer cessar a dor psíquica em níveis momentaneamente de desejar deixar de existir, de morrer, quer seja em nível consciente, quer seja inconscientemente. Entretanto, a dualidade pulsional segue para mais confrontos diante de novas angústias e de novos investimentos libidinais e processos defensivos.

Apoiados essencialmente nas obras de Green, McDougall e Dejours, compreendemos, então, que há formas de se observar as várias facetas da expressão da Pulsão de Morte em pacientes *Não-neuróticos*, pela *Clínica do Negativo*, como discute Green; em pacientes psicossomáticos que estão *Desafetados*, como propõe McDougall; ou ainda, nos pacientes psicossomáticos que *Não Subvertem*, demonstrados por Dejours.

Sabemos que as teorias pulsionais – em especial, o conceito de Pulsão de Morte – são umas das mais polêmicas teorias propostas por Freud gerando, ainda hoje, mais de cem anos após seu primeiro uso, dissidências e controvérsias. Na maioria das obras psicanalíticas opta-se por discutir o conceito de destrutividade e seus destinos, mas, sequer tangencia-se a relação desta com a Pulsão de Morte (GREEN, 2022).

Há que se considerar que reconhecer uma autodestrutividade tão arraigada em nosso psiquismo que possa comprometer a própria existência é de fato algo indigesto.

Pesquisadores em tanatologia (KÜBLER-ROSS, 1969; KÓVACS, 2002), já evidenciaram as dificuldades em se falar na Morte e em propor estudos em torno deste tema que envolve todos os seres humanos indiscriminadamente e de maneiras tão diferentes, mas, sempre tão iguais: os medos (curiosidades/dúvidas/sofrimentos) da morte e da perda de pessoas amadas.

Evidentemente, nem todas as pessoas que chegam a esse nível morrem ou desencadeiam uma Doença Autoimune. Tampouco estamos sugerindo que todos os pacientes com Doenças Autoimunes passaram por esse processo e que isso explicaria seu adoecimento. Vale lembrar que foi, inclusive, difícil encontrar pessoas que não tivessem antecedentes genéticos de Doenças Autoimunes para compor a pesquisa. E, mesmo que não haja tais antecedentes, nem sempre a proposta deste trabalho será pertinente ao sujeito; da mesma forma

que, ainda que haja antecedentes genéticos, em alguns casos os desencadeadores das doenças podem ser entendidos como respostas afetivas, isto é, dualidade pulsional.

De modo algum pretendemos que as discussões aqui traçadas sejam generalizadas, mas sim, há que se atentar para cada sujeito em particular, com todas as sutilezas, delicadezas, estranhezas e peculiaridades que lhe são inerentes.

Contudo, quando alguns indivíduos em especial vivenciaram essa dor tão insuportável e avassaladora e não encontraram meios nem estratégias psíquicas para lidar com o desespero, a desesperança e o desamparo, temos adoecimentos como as Doenças Autoimunes, onde destaca-se a batalha psíquica constante em que, por vezes, a autopreservação vence, em outras, a autodestrutividade: a dualidade pulsional.

Uma vez desencadeada a Doença Autoimune, enquanto a autopreservação está vencendo observamos os períodos de remissão dos sintomas, das respostas positivas aos tratamentos, bem como todas as demais conquistas cotidianas nas relações objetais de forma geral que Ioná e Maya nos apresentaram.

Porém, por vezes, a autodestrutividade sai vencedora e temos agravos no quadro clínico, imputando perdas na qualidade de vida, de órgãos, feridas, incapacidades, limitações e, infelizmente, condições muito graves, como *as mortes* de Maya.

Entendemos, ainda, que de acordo com as condições internas do sujeito e os momentos em que enfrentaram as dores que deixaram cicatrizes psíquicas tão profundas, somados às relações objetais que vinham sendo estabelecidas desde tenra infância e os fatores que entendemos serem os desencadeadores das Doenças Autoimunes, podemos explicar a gravidade da doença que foi manifestada.

Ioná já tinha nove anos de idade quando vivenciou a ruptura abrupta com sua família, sendo enviada ao Colégio Interno e retornado ao seio familiar dois anos depois. Maya tinha apenas três anos de idade quando sua mãe foi assassinada e teve de ser separada de sua família, com a qual não voltou a se reunir, no sentido de morarem juntos (ou mesmo estreitar relações) e ainda passou a conviver em uma família em que havia violência doméstica.

Para Klein (1991 [1946]), os impulsos destrutivos são proporcionais às experiências enfrentadas pelos indivíduos. Em complemento a essa postulação, podemos mencionar Colin Murray Parkes, que nos elucida: “A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso.” (1998, p. 22-23).

Assim, a Psoríase de Ioná foi análoga ao seu sofrimento, revelando uma *cicatrização de feridas internas* que ainda não findou, tampouco as relações, já que sua mãe ainda está ao seu lado, cuja relação segue evocando uma ambivalência afetiva.

Além do mais, seu pai foi uma referência de amor e cuidados, como muito bem destaca Ioná, proporcionando internalizações objetais que a respaldaram e não levaram à destruição dos laços familiares e nem a impossibilitaram de existir, ainda que, quando do desencadeamento da doença, entendemos que a dualidade pulsional pendeu para a cessação da dor, em nível de aniquilamento.

Ademais, a família da infância de Ioná demonstrou uma organização em que havia dificuldades de sublimação e simbolização, havendo a psicossomatização em todos: o pai era etilista e veio ao óbito com agravos em sua saúde, a mãe apresenta severa alergia na pele e o irmão graves problemas cardíacos.

Entretanto, nos conflitos pulsionais que antecederam e que se seguiram desde o desencadear da Psoríase, parece que a autopreservação ainda segue vencendo as batalhas psíquicas e Ioná vem demonstrando novas conquistas em vários âmbitos de sua vida, seja familiar, seja profissional e, acima de tudo, sua doença não tem sintomas letais.

Maya já nos mostra que a autodestrutividade saiu vitoriosa não somente no desencadeamento da doença, mas também com a perda (morte) de um rim, com o coma por quarenta dias (tendo vivido por meio de máquinas) e com o desencadear de um câncer que evoluiu para seu óbito.

Perder a mãe tão nova, separar-se definitivamente do seio familiar, perder o homem amado e, por fim, separar-se (simbioticamente) de sua filha pelo seu nascimento e seu desenvolvimento, parecem ter sido eventos dolorosos demais para Maya, sendo impossível elaborá-los, restando somente o agravo de seu corpo somático, pois o erógeno já havia se fragmentado.

Perante todo o exposto a partir das contribuições de Maya e de Ioná, notamos a importância da função materna, que deveria ser de acolhimento e continência, possibilitando à criança os sentidos e significados de si mesmo, do próprio corpo, do corpo do outro e dos pictogramas que permeiam todas as relações e vivências intra e intersubjetivas. Quando algo perturba esse vínculo primordial, há todo um desdobramento que se estende e ramifica para as demais relações estabelecidas no decorrer da vida.

Desta forma, cabe destacar a primazia da *função maternal do psicoterapeuta* na análise de pacientes com psicossomatizações; função sempre problematizada por Pierre Marty e

retomada nas discussões de Volich (1997) em ponderações acerca da técnica no atendimento aos pacientes psicossomáticos.

Tal função sempre esteve latejante nas experiências da pesquisadora com seus pacientes. Assim, quando a paciente com Doença de Still do Adulto menciona estar *magdando* quando está em psicoterapia, podemos observar que o que a psicoterapeuta está *dando* seria exatamente o acolhimento e a continência que faltaram à paciente, contendo as excitações e ameaças e acolhendo suas angústias difusas, auxiliando na compreensão, no processo de identificá-las, nomeá-las e então refletir sobre elas, ou seja, de *mentalizar*, fortalecendo suas estratégias defensivas. Nestes termos, é importante para o tratamento desses pacientes filtrar e acolher angústias, evitando agravos em seus quadros clínicos e, na melhor das hipóteses, amenizando seus sintomas, conduzindo-os aos períodos de remissão.

Diante de tantas dores apresentadas por Maya e Ioná, cabe dizer que termos ampliado a aplicação do Procedimento de D-E (T) de uma para quatro Unidades de Produção, compondo-se em etapas, cuja aproximação foi gradual com o tema focal do trabalho, se mostrou muito produtiva e eficaz, ao mesmo tempo em que desvelou ser cuidadosa para com os anseios das participantes e trouxe muitos dados que puderam contribuir para a compreensão das vivências e do adoecimento em Ioná e Maya.

Como se propõe a Psicanálise, cabe agora que cada psicanalista se aproprie dessa proposta com o cuidado cabível que lhe é pertinente e veja pontos em comum com outras pessoas que sofrem, mas sempre resguardando a subjetividade de cada sujeito, sem buscar adequá-lo ao que foi discutido; ao contrário, buscando concordar ou discordar, expandir e inovar tais singelas reflexões por meio de cada pessoa que se permita ser *analisada*, no sentido mais amplo e complexo que possa abarcar tal palavra.

Por fim, sabemos que ainda há muito a ser pesquisado para que as Doenças Autoimunes sejam compreendidas em toda sua totalidade e para que sejam possíveis novos tratamentos e, quem sabe, suas curas. São necessárias outras pesquisas e em diferentes campos de saber, inclusive médicos e farmacológicos, para que sejam produzidos e sistematizados conhecimentos que respaldem novas produções e intervenções em saúde com tais pacientes.

No entanto, do ponto de vista psicológico, esperamos colaborar com o conhecimento de que nossos afetos primordiais podem ser fatais e merecem atenção e cuidados essenciais que podem colaborar, e muito, se ainda não para a cura, para a remissão dos sintomas das doenças e para que haja novamente qualidade de vida e evitamento de agravos, objetivo essencial deste trabalho: o bem-estar desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABBUD-FILHO, M. **Microquimerismo fetal em pacientes com lupus Eritematoso Sistêmico**: uma contribuição para o estudo da fisiopatologia das doenças auto-imunes. 2006. 71 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2006. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/237>. Acesso em: 4 jan. 2022.
- ABDO-AGUIAR, L. S.; CASTRO, C. C. S. de. Associação entre três doenças autoimunes: vitiligo comum, cirrose biliar primária e síndrome de Sjögren. **An Bras Dermatol.**, v. 94, n. 6, p. 710-712, 2019. Disponível em: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/en-associacao-entre-tres-doencas-autoimunes-articulo-S2666275219300566>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- ABERASTURY, A. **A psicanálise da criança**: teoria e técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- AIELLO-TOFOLO *et al.* O uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na investigação da representação social da “criança problema”. In: **Anais do I Congresso Int. IPUSP**. São Paulo (SP), IPUSP, Instituto de Psicologia da USP, p. K-18, 1991.
- AIELLO-TOFOLO, T. M. J. Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na investigação da representação social de criança-problema. In: **Resúmenes del Congreso Iberoamericano de Psicología**. Madri (Espanha), p. 221, 1992.
- AIELLO-TOFOLO, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Estudo de representações de profissionais de saúde sobre deficiências através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. In: **Resumos do II Congresso Interno IPUSP**. São Paulo (SP), p. 1-25, 1993.
- AIELLO-TSU, T. M. J. O Procedimento de Desenhos-Estórias com tema. In: **III Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis**. Havana (Cuba), 1990.
- AIELLO-TSU, T. M. J. Vício e Loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. São Paulo (SP), **Boletim de Psicologia**. v. 41, n. 94/95, p. 47-56, 1991.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: TRINCA, W. (org.). **Procedimento de Desenhos-Estórias**: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. São Paulo: Vektor, 2013. p. 277-302.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F.; VISINTIN, C. D. N. A Fecundidade Heurística do Procedimento de Desenho-Estórias com Tema. In: TARDIVO, L. S. de La P. C. (org.). **O Procedimento de Desenhos-Estórias na Clínica e na Pesquisa**: 45 anos de percurso. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, E-BOOK 13, 2017, p. 30-53.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. E; VISINTIN, C. Del N. A Fecundidade Heurística do Procedimento De Desenho-Estórias com Tema. p. 30-53. In: TARDIVO, L. S. de La P. C. (org.). **O Procedimento de Desenhos-Estórias na Clínica e na Pesquisa**: 45

anos de percurso. São Paulo: USP, 2017. E-Book. ISBN: 978-85-86736-82-7. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TARDIVO%20DESENHO%20ESTORIA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

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

ARAÚJO, M. D. B. **Prevalência de doenças autoimunes na atenção primária à saúde**. 66 f. 2017. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, 2017. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7658>. Acesso em: 14 jan. 2021.

AURÉLIO, D. I. C. F. **Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática**. 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10451/2439>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AZEVEDO, G. M. G. de. **A Criança com Psoríase e as Relações Vinculares com a Mãe e a Família**. 2008. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências/Programa Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Bauru, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97455>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AZEVEDO, G. M. G. de; NEME, C. M. B. Simbiose e psoríase: um estudo psicanalítico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, v. 77 n. 02/09, p. 307-321, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94612368008>. Acesso em: 12 nov. 2017.

AZEVEDO, M. K.; NETO, G. A. R. M. O desenvolvimento do conceito de pulsão de morte na obra de Freud. **Rev. Subj.** Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 67-75, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100008. Acesso em: 03 jan. 2021

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

BUENSE, R.; LAZZARINI, R. Fototerapia. In: PALMA, S. (org.). **Consenso brasileiro de psoríase 2020**: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020. p. 33-34. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/152/770a01deea02365ae98071043abd3f12.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

BUNDY, C. *et al.* A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. **British Journal of Dermatology**, v. 169, p. 329-336, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjd.12350>. Acesso em: 25 set. 2020.

CAL, S. F. L. de M. Revisão da literatura sobre a eficácia da intervenção psicológica no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 485-490, dez. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

CALVETTI, P. Ü. A pele e o toque no desenvolvimento humano: da prevenção em saúde aos aspectos biopsicossociais implicados no adoecimento. In: CALVETTI, P. Ü.; SILVA, D. Q. da. **Psicologia, Educação e Saúde: temas contemporâneos**. Canoas/RS: UnilaSalle, 2014. p. 27-39. Disponível em:

<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/books/article/viewFile/1858/1187>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CAMPOS, É. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, p. 13-24, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/135159>. Acesso em: 15 maio 2022.

CAMPOS, É. B. V. **Figuras da representação na emergência da primeira tópica freudiana**. 2004. 206 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.11606/D.47.2004.tde-17092010-143910>. Acesso em: 22 mar. 2021.

CAPER, R. Inveja, narcisismo e a pulsão destrutiva. In: ROTH, P.; LEMMA, A. (org.). **Revisitando “Inveja e gratidão”**. São Paulo: Blucher, 2020. p. 65-86.

CAPITÃO; C. G.; CARVALHO, É. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **PSIC**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, jul./dez. 2006. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004.

Acesso em: 15 maio 2022.

CARNEIRO, S. C. da S. **Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas**.

2007. 199 f. Tese (Livre Docência em Dermatologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/T.5.2009.tde-16032009-152131>.

Acesso em: 28 nov. 2017.

CAROPRESO, F. Pulsão de morte e experiências precoces em Freud e Melanie Klein. **Rev. Filos.**, Aurora, Curitiba, v. 27, n. 40, p. 387-408, jan./abr. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/787/709>. Acesso em: 7 mar. 2020.

CAROPRESO, F.; MONZANI, L. R. Vivência de Dor e Pulsão de Morte na Teoria Freudiana do Aparelho Psíquico e das Neuroses. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. XII, n. 3-4, p. 607-638, set./dez. 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 mar. 2020.

CASTRO, J. C. L. de. A Palavra é a Morte da Coisa: Simbólico, Gozo e Pulsão de Morte. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. XI, n. 4, p. 1405-1428, dez. 2011.

CHECCHIA, M.; TORRES, R; HOFFMANN, W. (orgs.). **Os Primeiros Psicanalistas: Atas da Sociedade Psicanalítica de Viena 1906-1908**. São Paulo: Scriptorium, 2015. v. I. 584 p.

CID – 10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10.** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONCEIÇÃO, C. T. M. **Efetividade da psicoterapia psicanalítica breve de grupo na melhora da qualidade de vida, depressão, ansiedade e estratégias de enfrentamento em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico:** Ensaio clínico controlado randomizado. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23170>. Acesso em: 17 mar. 2020.

COSTA, A. L. P. da; SILVA-JÚNIOR, A. C. S.; PINHEIRO, A. L. Fatores associados à etiologia e patogênese das doenças autoimunes. **Arq. Catarin Med.** v. 48, n. 2, p. 92-106, abr.-jun. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023457/347-1078-1-sm.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2022.

CZERESNIA, D. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9m5FPcvzZW9xr5GNgHY3RXs/?lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2019.

DAMASCENO, M. H. **O Caráter Extrapsíquico da Pulsão de Morte:** a radicalidade da negatividade em Freud. Belo Horizonte: Dialética, 2021.

DEJOURS, C. **O corpo entre a biologia e a psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEJOURS, C. **Repressão e Subversão em Psicossomática:** pesquisas psicanalíticas sobre o corpo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

DEJOURS, C. Biologia, Psicanálise e Somatização. In: VOLICH, R.M., FERRAZ, F.C., ARANTES, M. A. (orgs.). **Psicossoma II:** Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 39-49.

DEJOURS, C. **Primeiro o corpo:** corpo biológico, corpo erótico e senso moral. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo.** São Paulo: Blucher, 2019.

DEJOURS, C. *et al.* Acidentes da Sedução e Teoria do Corpo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 393-401, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ytdyGRXRSvjNjVtg3Np366H/>. Acesso em: 10 maio 2022.

DIAS, H. Z. J. **Pele e Psiquismo, Psicossomática e Relações Objetais:** Características Relacionais de Pacientes Portadores de Dermatoses. 2007. 151 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/4795>. Acesso em: 10 maio 2022.

DIAS, H. Z. J.; RUBIN, R.; DIAS, A. V.; GAUER, G. J. C. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 23-34,

2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000200002>. Acesso em: 17 jan. 2021.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.

DUNKER, C.; RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C. (org.). **A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.

DURSKI, L. M.; SAFRA, G. O Eu-pele: contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 38, n. 71, p. 107-113, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 ago. 2022.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

FADDEN, M. A. J. M. **Contribuições da Psicanálise Contemporânea para o Estudo das Manifestações Psicossomáticas**. 1993. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 1993. Disponível em: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1355535>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FERNANDES, C. O. *et al.* Corpo e fenômeno psicossomático na clínica psicanalítica. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 547-561, set. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2022.

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

FERRAZ, F. C. Das Neuroses Atuais à Psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (orgs.). **Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 23-38.

FERRAZ, F. C. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**. v. 41, n. 4, p. 66-76, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2020.

FERRAZ, F. C. A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro. v. 13, n. 2, p. 176-191, jul./dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

FERREIRA, R. F. **Pesquisa de alterações ecográficas patológicas em doentes com Psoríase sem queixas articulares**. 2016. 34 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/5346>. Acesso em: 15 maio 2022.

FERRO, A. **Fatores de doença, fatores de cura: Gênese do sofrimento e da cura** psicanalítica. São Paulo: Blucher, 2021.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; SILVA, E. A. de A.; OLIVEIRA, I. M. R. de; MAIA, M. Z.; MIRANDA, R. C. F. Lúpus eritematoso sistêmico e gestação: série de casos com diferentes evoluções. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 2, p. 170-176, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-544005>. Acesso em: 14 fev. 2021.

FORDHAM, B.; GRIFFITHS, C. E.; BUNDY, C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. **Psychology, Health & Medicine**, v. 20, p. 121-127, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.902483>. Acesso em: 25 set. 2020.

FORTES, I.; WINOGRAD, M.; PERELSON, S. Algumas reflexões sobre o corpo no cenário psicanalítico atual. **Psicol. USP**, n. 29, v. 2, p. 277-284, maio-ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170154>. Acesso em: 24 maio 2021

FORTUNE, D. G.; RICHARDS, H. L.; CORRIN, A.; TAYLOR, R. J.; GRIFFITHS, C. E.; MAIN, C. J. Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 26, n. 3, p. 211-24, june 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1023408503807>. Acesso em: 25 set. 2020.

FREITAS, L. M.; SANTOS, M. A. A doença como linguagem: a psicossomática de Georg Groddeck. In: VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. (org.). **Anais do 19º Congresso Brasileiro e 3ª Convenção Brasil-Latinoamérica de Psicoterapias Corporais**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. Disponível em: https://www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

FREUD, S. (1895[1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1976. v. III. p. 93-116.

FREUD, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1976. v. III. p. 251-276.

FREUD, S. (1914a) A história do movimento psicanalítico. In: **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV. p. 18-73.

FREUD, S. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1976. v. XIV. p. 75-110.

FREUD, S. (1915a). Pulsões e seus destinos. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1996. v. XIV. p. 123-144.

FREUD, S. (1915b). Apêndice de O Inconsciente. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1976. v. XIV. p. 213-216.

FREUD, S. (1916). Os Instintos e suas Vicissitudes. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Imago, 1976. v. XIV. p. 115-144.

FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. *In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. XIV. p. 243-263.

FREUD, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. *In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1996. v. XVIII. p. 13-75.

FREUD, S. (1923[1925]). O Ego e o Id e Outros Trabalhos. *In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. XIX. p. 13-72.

FREUD, S. (1930 [1929]) O Mal-Estar na Civilização. *In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI. p. 67-148.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GABRIEL, G. H. *et al.* Definições e Mecanismos Moleculares em Morte Celular. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v. 14, n. 26; p. 214-234, 2017. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2017b/agrar/definicoes%20e%20mecanismos.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

GAY, P. **Freud: uma vida para o nosso tempo**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GELLIS, A.; HAMUD, M. I. L. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. **Psicol.**, USP, v. 22, n. 3, p. 635-653, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000020>. Acesso em: 24 jul. 2022.

GOELDNER, I. *et al.* Artrite reumatoide: uma visão atual. **J Bras Patol Med Lab**, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000500002>. Acesso em: 5 nov. 2017.

GONÇALVES, R. de C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katálysis** – Universidade Federal de Santa Catarina. v. 10, p. 83-92, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179613967009>. Acesso em: 5 nov. 2017.

GREEN, A. Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetivante. *In: _____*. (org.) **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988a. p. 53-64.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988b.

GREEN, A; URRIBARRI, F. (2009). Carregar a morte em si. A mãe morta e as questões da destrutividade. *In: URRIBARRI, F.; GREEN, A. Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo: diálogos*. São Paulo: Blucher, 2019.

GREEN, A. **Por que as pulsões de destruição ou de morte?** São Paulo: Blucher, 2022.

GRODDECK, G. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

GRODDECK, G. **O livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GUIMARÃES, F. A. B; SANTOS, M. A; OLIVEIRA, E. A. Qualidade de vida de pacientes com doenças auto-imunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, s/p., 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500010&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 14 fev. 2021.

GUTIÉRREZ-TERRAZAS, J. O Conceito De Pulsão De Morte na Obra de Freud. **Ágora**, v. V, n. 1, p. 91-100, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982002000100007>. Acesso em: 5 nov. 2017.

HERRMANN, F. **O Método da Psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. **O que é Psicanálise**: para iniciantes ou não. 13. ed. São Paulo: Psique, 1999.

HILEL, A. S. **As terapias de imagens mentais como recurso terapêutico complementar na tireoidite de Hashimoto** – um estudo bibliográfico. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15711>. Acesso em 14 fev. 2021.

HINSHELWOOD, R. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

IRACHETA, A. L. El Suicidio y la Muerte Celular. **Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fís. Nat. (Esp)**, v. 101, n. 2, p. 1-33, 2007. Disponível em: <https://es.readkong.com/page/el-suicidio-y-la-muerte-celular-4961501>. Acesso em: 14 mar. 2021.

JESUS, D. M. N. de. **Psicossomática na Psoríase**. 2010. 36 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/52200>. Acesso em: 17 fev. 2021.

JORGE, H. Z.; MÜLLER, M. C.; FERREIRA, V. R. T.; CASSAL, C. Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e auto-agressividade. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 5, n. 2, p. 22-25, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2021.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

KLEIN, M. (1921-1945). Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. *In: Obras completas de Melanie Klein*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. *In: Obras completas de Melanie Klein*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.

KLEIN, M. (1937). Amor, culpa e reparação. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 346-386.

KLEIN, M. (1946-1963). Inveja e gratidão: e outros trabalhos. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

KLEIN, M. (1952a). Influências mútuas no desenvolvimento do ego e id. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 80-84.

KLEIN, M. (1952b). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 85-118.

KLEIN, M. (1957). Inveja e gratidão. *In: Obras completas de Melanie Klein.* v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 205-267.

KOTTLER, A.; ZORNIG, S. A.-J. O trabalho do negativo e suas vinculações com as pulsões de vida e de morte. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 215-235, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2022.

KÓVACS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

LAPANCHE, J. A pulsão de morte na teoria da pulsão sexual. *In: GREEN, A. (org.) A Pulsão de Morte.* São Paulo: Escuta, 1988. p. 11-27.

LIMA, L. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cadernos de Psicanálise, CPRJ**, v. 40, n. 39 p. 165-189, jul./dez, 2018. Disponível em: http://cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/53/67. Acesso em: 25 abr. 2022.

LOPES, R. F. F.; MAIA, L. H. C.; LOPES, M. C. F. F. Tríade Cognitiva e Crenças Centrais no Children Apperception Test (CAT) em Filha de Pai Alcoolista. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 23, n. 1, p. 03-28, jan./jun. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338532487_Triade_cognitiva_e_crenças_centrais_n_o_Children_Apperception_Test_CAT_em_filha_de_pai_alcoolista. Acesso em: 25 abr. 2022.

LOURENÇO, L. C. D'Á. A Pulsão de Morte e a Gênese da Angústia. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. XII, n. 1, p. 101-117, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376534580007>. Acesso em: 7 nov. 2017.

MACÊDO, K. B. **Corpo e Sintoma no Paciente Somatizador: uma visão psicodinâmica.** *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/QFfMmgxVS4xKHRbvLtFxQLH/#>. Acesso em: 5 maio 2022.

MACHADO, M. C. L. **Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental.** 1995. v. I e II - 277 f.; v. III - 161 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MACHADO, R. G. V. **Prevalência de doenças infecciosas em pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico no sudoeste do estado de Goiás no período de 2008 a 2012.** 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Jataí, Goiás, 2015. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4849>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MADEIRA, M. O. M. **Reflexões psicanalíticas sobre o fenômeno psicossomático.** 2019. 176 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/14582>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MARQUES, C. D. L. **Perfil lipídico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico em um hospital universitário.** 2003. Dissertação (Mestrado de Medicina Interna) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7065>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MARQUES, C. E. V. de C. M. C. **Doenças autoimunes do sistema nervoso.** 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado em Análises Clínicas) – Faculdade de Farmácia, Lisboa, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/11212>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MARQUES, S. A. Conceito, Epidemiologia, Genética e Imunopatogênese. **Consenso Brasileiro Sobre Psoríase e Guias de Tratamento** – Sociedade Brasileira de Dermatologia, p. 15-21, 2009. Disponível em: www.sbd.org.br. Acesso em: 4 nov. 2017.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. **Mentalização e Psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MATOS, António Coimbra de. Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Sociedade Portuguesa de Psicossomática Porto, Portugal, v. 1, n. 2, p. 9-16, jul./dez. 1999. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28710202>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MCDUGALL, J. **Teatros do Eu: ilusão e verdade no palco psicanalítico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

MCDUGALL, J. **As Múltiplas Faces de Eros**: Uma Exploração Psicoanalítica da Sexualidade Humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MCDUGALL, J. **Teatros do Corpo**: o psicossoma em psicanálise. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MCDUGALL, J. Um corpo para dois. In: MCDUGALL, J. *et al.* **Corpo e História**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 9-46.

MCDUGALL, J. *et al.* **Corpo e História**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MELGARÉ, C. P. A psicossomática, laços da teoria de Pierre Marty e André Green. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 54, p. 131-140, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372020000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2022.

MELLO, C. R. O desamparo vivido na pele: relato de um caso de psoríase. In: SOARES, A. M. *et al.* (orgs.). **Psicanálise e Psicossomática**: casos clínicos, construções. São Paulo: Escuta, 2015. p. 169-182.

MELLO FILHO, J. de. **Concepção psicossomática**: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

MELLO FILHO, J. de. e col. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENACHEM, R. **Joyce McDougall**. São Paulo: Via Littera Editora e Livraria, 1999 (Psicanalistas de Hoje).

MENDES, A. S. L. **Factores predisponentes ao desenvolvimento do lúpus eritematoso sistêmico e sua importância na prática clínica**. 2009. 24 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Núcleo de estudos de doenças auto-imunes, Hospital de S. António, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade de Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/52775>. Acesso em: 14 fev. 2021.

MEZAN, R. Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise? **Nat. hum.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 319-359, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302007000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2022.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MIYAZAKI, C. M. A. *et al.* Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 04-24, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2022.

MORAIS, J. L. **Corpo, feminino e subjetivação**: uma análise a partir de sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em

Psicologia, Belém, 2010. Disponível em:

<http://repositorio.ufpa.br:8080/jspui/handle/2011/5138>. Acesso em: 22 jul. 2022.

ORTIGOSA, L. C. M.; LIMA, X. T. V. Psoríase em Placas: quadro clínico e diagnóstico. In: PALMA, S. (org.). **Consenso brasileiro de psoríase 2020**: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020, p. 25-27. Disponível em:

<https://issuu.com/sbd.br/docs/sbdconsensopsoriase2020v6>. Acesso em: 31 jan. 2021.

PALMA, S. (org.). **Consenso brasileiro de psoríase 2020**: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia/coordenação geral Sérgio Palma; editores Ricardo Romiti, André Vicente E. de Carvalho, Gleison V. Duarte, revisão geral Hélio Amante Miot. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020. Disponível em:

<https://issuu.com/sbd.br/docs/sbdconsensopsoriase2020v6>. Acesso em: 31 jan. 2021.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

PAULO, A. de. **Nova Ortografia**: Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Petrópolis/RJ: Pd et Alii, 2009.

PAVAN-CÂNDIDO, C. da C. **Avaliação da eficácia de um grupo psicoeducativo sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com psoríase**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-11102013-154506/>. Acesso em: 25 set. 2020.

PEREIRA, A. C. S. Homens que falam com o corpo: histeria de conversão ou fenômeno psicossomático? 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2010. Disponível em:

<http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/5026>. Acesso em: 25 set. 2020.

PEREIRA, A. C.; JESÚS; N. R. de; LAGE, L. V.; LEVY, R. A. Imunidade na Gestação Normal e na Paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). In: **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 134-40, maio/jun. 2005. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0482-50042005000300008>. Acesso em: 14 fev. 2021.

PERES, R. S. O Corpo na Psicanálise Contemporânea: Sobre as Concepções Psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psic. Clin.**, Rio De Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pc/a/YThHpLvSh5wdvpYVPPQjH4H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2021.

PERES, R. S.; CAROPRESO, F. S.; MELLO, D. A. S. A noção de “pensamento operatório”, de Pierre Marty: marcas distintivas e referências freudianas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 1, abr. 2019. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/55759/38408>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. dos. **Psicossomática Psicanalítica**: Intersecções entre teoria, pesquisa e clínica. Campinas/SP: Alínea, 2012. p. 23-70.

PICCELI, V. F. **Estudo da via alternativa do sistema complemento e de doenças autoimunes associadas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**. 2013. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/30302>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PINHEIRO, T.; VERZTMAN, J. S. As novas subjetividades, a melancolia e as doenças autoimunes. In: PINHEIRO, T. (Org.) **Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 77-104.

PINHEIRO, T. VERZTMAN, J. S.; VENTURINI, C.; VIANA, D.; CANOSA, L.; CARAVELLI, S. Patologias Narcísicas e Doenças Auto-Imunes: Algumas Considerações Sobre O Corpo Na Clínica. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 193-204, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2017.

QUEIROZ, E. F. de. O inconsciente é psicossomático. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil, v. VIII, n. 4, p. 911-924, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 maio 2021.

RECHARDT, E. Os destinos da pulsão de morte. In: GREEN, A. (org.) **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 41-51.

RECHARDT, E.; IKONEN, P. Sobre a interpretação da pulsão de morte. In: GREEN, A. (org.) **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 65-80.

ROSA, H. R. Resenha – Walter Trinca. Procedimento de Desenhos-Estórias: Formas Derivadas, Desenvolvimentos e Expansões. **Boletim de Psicologia**, v. LXIII, n. 139, p. 227-230, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317459858_Procedimento_de_desenhos-estorias_formas_derivadas_desenvolvimentos_e_expansoes Acesso em: 25 nov. 2019.

ROSENFELD, H. Uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. In: BARROS, E. M. da R. **Melanie Klein**: evoluções. São Paulo, Escuta, 1989. p. 229-250

ROSSONI, C.; BISI, M. C.; KEISERMAN, M. W.; STAUB, H. L. Antimaláricos e perfil lipídico em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Bras Reumatol**. v. 51, n. 4, p. 383-387, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000400009>. Acesso em: 3 fev. 2021.

ROTH, P.; LEMMA, A. (org.). **Revisitando “Inveja e gratidão”**. São Paulo: Blucher, 2020.

SAMPAIO JÚNIOR, H. C. *et al.* Avaliação dos sintomas, complicações, tratamento e efeitos colaterais medicamentosos sobre a qualidade de vida de portadores de Lúpus Eritematoso

Sistêmico (LES): revisão de literatura. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10303-10318, jul./ago. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14982>. Acesso em: 30 jan. 2021.

SANTOS, L. N. dos; MARTINS, A. A originalidade da obra de Georg Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 9-21, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yJ6cjwB9RqBXFSDTSQGp6zK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

SANTOS, M. N. de S.; IANHEZ, M. Tratamento Tópico. In: PALMA, S. (org.). **Consenso brasileiro de psoríase 2020**: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020. p. 31-32. Disponível em: <https://issuu.com/sbd.br/docs/sbdconsensopsoriase2020v6>. Acesso em: 31 jan. 2021.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.862, de 13 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual. **Diário Oficial do Estado: Poder Executivo**, São Paulo, v. 130, n. 51, 14 mar. 2020.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. **Diário Oficial do Estado: Poder Executivo**, São Paulo, v. 130, n. 137, 11 jul. 2020.

SÃO PAULO. Decreto nº 65.088, de 24 de julho de 2020. Estende a medida de quarentena de que trata o Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. **Diário Oficial do Estado: Poder Executivo**, São Paulo, v. 130, n. 147, 25 jul. 2020.

SATO, E. I. e cols. Consenso Brasileiro para o Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 42, n. 6, p. 362-370, 2002. Disponível em: https://repositorio.usp.br/single.php?id=001305137&locale=pt_BR. Acesso em: 27 jan. 2019.

SCHOR, D. **Heranças invisíveis do abandono afetivo**: um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática. São Paulo: Blucher, 2017.

SEGAL, H. Da utilidade clínica do conceito de pulsão de morte. In: GREEN, A. (org.) **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 29-40.

SHAH, R.; BEWLEY, A. Psoriasis: 'the badge of shame'. A case report of a psychological intervention to reduce and potentially clear chronic skin disease. **Clin Exp Dermatol**, v. 39, p. 600-603, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ced.12339>. Acesso em: 25 set. 2020.

SILVA, J. A. **Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações psicossomáticas: uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade.** 2021. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021. Disponível em:

https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/213472/silva_ja_dr_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, K. de S.; SILVA, E. A. T. da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, jun. 2007.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

SILVA, L. S. da; CARDOZO, M. A. V. Intervenções psicológicas no tratamento da psoríase. In: BELANCIERI, M. de F.; CARDOZO, M. A. V. (orgs.).

Multiplicidades e Desdobramentos da Atuação em Psicologia da Saúde. Curitiba: CRV, 2021. p. 59-70.

SILVA, L. T. L. da. Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia antiga. **Analytica**, São João del Rei, v. 5, n. 8, p. 49-79, 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, L. T. L. da. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cad. Psicanál.** (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 165-189, jul./dez. 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000200009. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, M. E. R. da; MORY, D.; DAVINI, E. Marcadores Genéticos e Auto-Imunes do Diabetes Mellito Tipo 1: da Teoria para a Prática. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 2, p. 166-180, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000200004>.

Acesso em: 5 nov. 2017.

SIMÃO, M. F. **Perdido no Corpo: O Lúpus Eritematoso Sistêmico Numa Perspetiva Psicossomática Psicanalítica.** 2021. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, 2021. Disponível em:

<http://hdl.handle.net/10400.12/8564>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SIMMEL, E. (1943). **A Autoconservação e a Pulsão de Morte.** Porte Alegre: Artes & Ecos, 2022 (Série Escrita Psicanalítica).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Cartilha SBR-Lupus.** 2020.

Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/lupus-eritematoso-sistêmico-les-cartilha-da-sbr/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA. Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes. Lisboa. Disponível em: <http://www.nedai.org/doencas-auto-imunes>. Acesso em: 5 nov. 2017.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA. Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes. **RIDAI online**, Lisboa, 3. ed., 2017. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SONTAG, S. **A Doença Como Metáfora**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SONTAG, S. **Doença Como Metáfora - AIDS e suas Metáforas**. São Paulo: Companhia de Bolso, 1988.

SOUZA, A. P. F. dos S.; CARVALHO, F. T.; ROCHA, K. B.; LAGES, M. N.; CALVETTI, P. Ü.; CASTOLDI, L. Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 2, p. 167-174, 2005.

SOUZA, C. G. P.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões Sobre a Relação Mãe-Filho e Doenças Psicossomáticas: Um Estudo Teórico-Clínico Sobre Psoríase Infantil. **Boletim De Psicologia**, v. LX, n. 132, p. 45-59, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000100005. Acesso em: 27 set. 2017.

TARDIVO, L. S. de La P. C.; GIL, C. A. **Apoiar**: Novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008.

TARDIVO, L. S. de La P. C. (org.). **O Procedimento de Desenhos-Estórias na Clínica e na Pesquisa**: 45 Anos de Percurso. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. E-book 13.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, ano VI, n. 1, p. 21-42, maio 2006. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/latin_american/v3_n1/um_corpo_que_doi.pdf. Acesso em: 17 jul. 2022.

TRINCA, A. M. T. **A Intervenção Terapêutica Breve e a Pré-Cirurgia Infantil** – O procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica. São Paulo: Vetor, 2003.

TRINCA, W. *et al.* **Diagnóstico psicológico**: prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

TRINCA, W. O Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) na investigação da personalidade de crianças e adolescentes. **Boletim de Psicologia**. São Paulo, v. 39, n. 90-91, p. 45-54, 1989a.

TRINCA, W. *et al.* O Procedimento de Desenhos de Família com Estórias: apresentação e uso clínico. In: **Anais do I Congresso de Psicologia do ABC e III Simpósio de Psicologia da FEC do ABC**. Faculdades de Educação e Cultura do ABC. São Caetano do Sul, SP, 1989b. p. 49.

TRINCA, W. Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias (DF-E): avaliações de um caso clínico. São Caetano do Sul (SP), **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, v. 2, n.2, p. 30-41, 1990a.

TRINCA, W. O Procedimento de Desenhos de Família com Estórias: um estudo comparativo. *In: Resumos da XX Reunião Anual de Psicologia*. Soc. Psicologia Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 1990b, p. 105.

TRINCA, W. Estudo histórico sobre desenhos de família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, v. 3, n. 3, p. 30-38, 1991.

TRINCA, W. (org.). **Formas Compreensivas de Investigação Psicológica**: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimentos de Desenhos de Famílias com Estórias. São Paulo: Vetor, 2013a.

TRINCA, W. (org.). **Procedimento de Desenhos-Estórias**: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. São Paulo: Vetor, 2013b.

TRINCA, W. Palestra de Abertura Comemoração: 45 anos de D-E. p.21-24. *In: TARDIVO, L. S. de La P. C. (org.). O Procedimento de Desenhos-Estórias na Clínica e na Pesquisa: 45 anos de percurso*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. E-book 13. E-Book. ISBN: 978-85-86736-82-7.

TRINCA, W. (org.). **Formas Lúdicas de Investigação em Psicologia**: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimentos de Desenhos de Famílias com Estórias. São Paulo: Vetor, 2020.

TRINCA, W.; LIMA, C. M. B. A utilização do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) no diagnóstico familiar. **Programa e Resumos do I Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino Pesquisa e Aplicações**. São Paulo, IPUSP/Sociedade de Psicologia de São Paulo, 1994. p. 43.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. P. C. Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). *In: Cunha, Jurema A. e cols. Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre (RS), Artes Médicas Sul, 2000, p. 428-438.

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

URRIBARRI, F.; GREEN, A. **Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo**: diálogos. São Paulo: Blucher, 2019.

VERZTMAN, J.; PINHEIRO, T. Corpo, tempo e transferência numa pesquisa clínica. *In: VERZTMAN, J. et al. (org.). Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ; Brasília, DF: CAPES PRODOC, 2012. p. 49-96. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280804899_Sofrimentos_Narcisicos. Acesso em: 17 fev. 2021.

VERZTMAN, J.; PINHEIRO, T.; SACEANU, P.; VIANA, D. Patologias narcísicas e doenças autoimunes: discussão da metodologia de pesquisa. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. IX, n. 4, p. 647-667, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/xTBTNCKMpPsbHMkZjjTqLxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2017.

VERZTMAN, J.; PINHEIRO, T.; JORDÃO, A. A.; MONTES, F. B.; MARIANA T. Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: a vivência da temporalidade. **Psychê**, v. XI, n. 21, p. 63-84, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30711302005>. Acesso em: 27 set. 2017.

VIEIRA, W. de C. A Psicossomática de Pierre Marty. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. (Org.). **Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 15-22.

VIEIRA, W. de C.; CASTRO, L. R. F. **Estudos de Psicossomática**. São Paulo: Vetor, 2010.

VIGGIANO, D. P. P. O.; SILVA, N. A. da; MONTANDON, A. C. O. e S.; BARBOSA, V. de S. Prevalência de Doenças Tireoidianas Auto-Imunes em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 3, p. 531-536, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/3VbB7jWhf3cZZwNdmFyDr5b/>. Acesso em: 27 set. 2017.

VILAR, M. J. P.; RODRIGUES, J. M.; SATO, E. I. Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal/RN. **Rev Bras Reumatol.**, v. 43, n. 6, p. 347-51, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/kJmXSfwdb7D3LcRBGzVJZxm/>. Acesso em: 14 mar. 2021.

VOLICH, R. M. A Técnica por um fio... Reflexões sobre a terapêutica psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (orgs.). **Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 85-99.

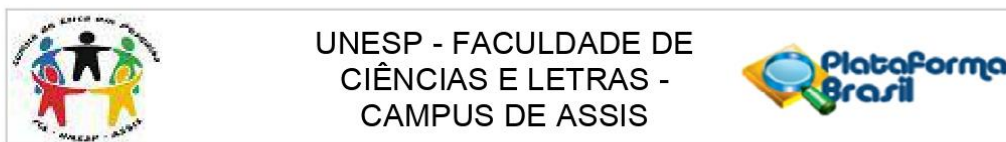
VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 (Coleção Clínica Psicanalítica).

XAVIER, H. V.; ZANOTTI, S. V.; RIBEIRO, M. A. T. Concepções atribuídas por mulheres ao processo de adoecimento por lúpus. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/V7wKS7zFMgNsYr5M5SdXNtG/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YORKE, C. A pulsão de morte. Posição Pessoal. In: GREEN, A. (org.) **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 81-85.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUICÍDIO METABÓLICO: A PULSÃO DE MORTE REVELADA EM DOENÇAS AUTOIMUNES

Pesquisador: MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35046920.5.0000.5401

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.890.287

Apresentação do Projeto:

No parecer do colegiado emitido em 01/12/2020 consta que:

"O projeto está bem estruturado, com introdução, objetivos, fundamentação teórica e metodológica expostos de maneira clara e objetiva."

"O desenho da pesquisa está muito bem delineado e dentro dos enfoques e conceitos psicanalíticos que são a base da pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

Partindo de um teórico-metodológico psicanalítico, o objetivo da pesquisa é compreender se a relação entre doenças autoimunes e as formas de vivência da Pulsão de Morte a partir de pacientes que tenham vivenciado estas doenças. Os objetivos, assim como a abordagem adotada para atingi-lo estão bem trabalhados e esclarecidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos refere-se a emergência de conteúdos emocionais que podem ser gerenciados pela pesquisadora. Os benefícios referem-se ao conjunto de conhecimentos que podem ser produzidos para o campo da saúde coletiva e saúde mental, no que se refere a doenças autoimunes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O parecer emitido em 01/12/2020 solicitou a inclusão dos possíveis riscos e desconfortos, bem como a atenção; o descarte das gravações e devolutiva aos participantes.

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100

Bairro: Vila Tênis Clube

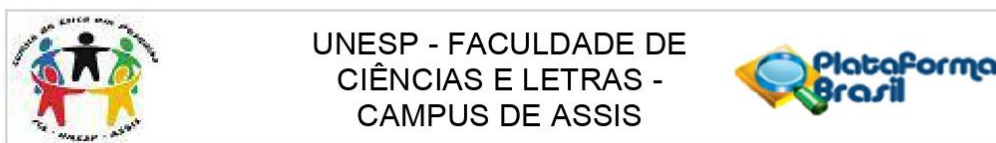
CEP: 19.806-900

UF: SP **Município:** ASSIS

Telefone: (18)3302-5607

Fax: (18)3302-5804

E-mail: cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.890.287

Em 08/12/2020, a pesquisadora postou na PB o projeto de pesquisa e TCLE alterados conforme solicitação deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Recomendações:

Após discussões, o Colegiado decidiu, com um voto contrário, aprovar o protocolo de pesquisa, tendo em vista que a pesquisadora anexou a documentação em 08/12/2020 e por um equívoco não percebeu que não havia submetido ao Comitê.

Este Comitê entende que o erro da pesquisadora foi involuntário e que a continuidade da pesquisa, sem aprovação do CEP, não incorreu em infração do ponto de vista ético.

Este Comitê entende que a pesquisadora atendeu a todas as solicitações feita em parecer anterior e que o erro da pesquisadora foi claramente um erro técnico.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Regimento Interno do CEP prevê que o pesquisador apresente relatórios, de acordo com as datas estabelecidas pelo CEP. O não encaminhamento dos relatórios implicará no impedimento temporário da apresentação de novos protocolos, até que este regularize a situação pendente. O RELATÓRIO FINAL deverá ser postado na Plataforma como NOTIFICAÇÃO em formulário estabelecido pelo CEP (<https://www.assis.unesp.br/#!/pesquisa/comites-de-etica/orientacoes-gerais/>). No relatório Final deverá se informado como foi realizada a devolutiva aos participantes da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1589998.pdf	29/07/2021 13:51:27		Aceito
Outros	anexo_roteiro_entrevista.pdf	08/12/2020 12:48:42	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alterado.pdf	08/12/2020 12:35:08	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito
Outros	alteracao_metodologia.pdf	08/12/2020 12:34:03	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100

Bairro: Vila Tênis Clube

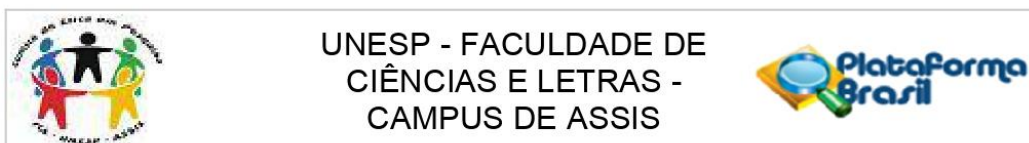
CEP: 19.806-900

UF: SP **Município:** ASSIS

Telefone: (18)3302-5607

Fax: (18)3302-5804

E-mail: cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.890.287

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	alteracao_tcle.pdf	08/12/2020 12:33:05	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito
Outros	inscricao.pdf	13/07/2020 21:41:44	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_infraestrutura_magda.pdf	13/07/2020 21:41:11	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_magda.pdf	13/07/2020 21:32:34	MAGDA ARLETE VIEIRA CARDOZO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ASSIS, 06 de Agosto de 2021

Assinado por:
Regiani Aparecida Santos Zacarias
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br