



Teresa Monteiro Lobato Cruz e A. Pinheiro

**Sobre o aumento dos diagnósticos
infantis na contemporaneidade:
Uma análise histórico - crítica**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro
Novembro de 2013



Teresa Monteiro Lobato Cruz e A. Pinheiro

**Sobre o aumento dos diagnósticos
infantis na contemporaneidade:
Uma análise histórico - crítica**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora a baixo assinada.

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Maria Inês G. de F. Bittencourt
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Daniele Nunes Henrique Silva
Instituto de Psicologia / PED - UnB

Profa. Denise Berruezo Portinari
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2013.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Teresa Monteiro Lobato Cruz e A. Pinheiro

graduada em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica em 2005, mestre em Psicologia Clínica em 2013 também pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Ficha Catalográfica

Pinheiro, Teresa Monteiro Lobato Cruz e A.

Sobre o aumento dos diagnósticos infantis na contemporaneidade: uma análise histórico-crítica / Teresa Monteiro Lobato Cruz e A. Pinheiro ; orientadora: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig. – 2013.

101 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2013.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Hiper-diagnósticos psiquiátricos. 3. Medicalização da infância. 4. Psicanálise. 5. Psicanálise. 6. Medicina preventiva. 7. Iatrogenia. I. Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Silvia Abu-Jamra Zornig, por me instigar no trabalho de pesquisa e me apoiar neste árduo trajeto.

Ao meu marido Pedro, cuja paciência com as noites mal dormidas e o apoio com todas as leituras e com o trabalho de escrita tornaram esta pesquisa possível. Te amo.

À minha irmã de coração, Tatiane, que me fez persistir e me interessar pelo tema.

A Lourenço, que me fez questionar um mundo.

À Antúria, Pérola, Juliana, obrigado pelos cafés, ombros e pela leitura delicada.

A José Baptista, que sempre me apoiou e contribuiu para uma série de coisas que estão aqui depositadas. Sentimos muito a sua falta.

À Tanya, que sempre esteve perto, para um abraço e um café.

A minha mãe, que me ensinou a correr atrás do que quero, me deu sempre apoio para acreditar que o impossível muitas vezes pode ser tornado possível.

A meu pai, que me fez ser curiosa.

Resumo

Pinheiro, Teresa Monteiro Lobato Cruz e A; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. **Sobre o aumento dos diagnósticos infantis na contemporaneidade: uma análise histórico - crítica.** Rio de Janeiro, 2013. 101p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O aumento, nas últimas décadas, de diagnósticos psiquiátricos infantis como TDAH e outros, cuja etiologia vem sendo atribuída a fatores orgânicos, impulsionou o interesse da presente pesquisa. A partir do referencial psicanalítico freudiano, procuramos traçar um histórico da valorização do fator orgânico para o entendimento e tratamento das doenças físicas ou psíquicas na medicina. A especificidade da infância e a evolução do olhar sobre os tratamentos infantis foi abordada assim como o tema da medicina preventiva e os riscos da mesma se tornar uma predição com efeitos iatrogênicos.

Palavras-chave

hiper-diagnósticos psiquiátricos; medicalização da infância; psicanálise; medicina preventiva; iatrogenia.

Abstract

Pinheiro, Teresa Monteiro Lobato Cruz e A; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. (Advisor). **On the current increase of childhood diagnoses: a historical – critical analysis**. Rio de Janeiro, 2013. 101p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The increase, in the last few decades, in the number of ADHD and other psychiatric diagnoses in children, whose etiology is being attributed to organic factors, has propelled the interest for this research dissertation. Using the Freudian psychoanalytical framework, we sought to delineate a history of the valorization of the organic factor for the understanding and treatment of physical or psychological ailments in Medicine. The specificity of childhood and the evolution of the gaze on treatments of children has been approached, as well as the subject of preventive medicine and its risks of becoming a prediction with iatrogenic effects.

Keywords

hyper-psychiatric diagnosis; medicalization of childhood; psychoanalysis; preventive medicine; iatrogenic.

Sumário

Introdução	10
1. As doenças e seus tratamentos	15
1.1 Hipócrates e o nascimento da medicina.....	15
1.2 A introdução da anatomia nos estudos médicos	18
1.3 Revolução Científica, Revolução Médica	20
1.4 A nova medicina e o hospital.....	24
1.5 A medicina científica e o século XX	25
1.6 A medicina e a doença mental - O nascimento da psiquiatria.....	28
1.7 A psicanálise e a cura pela fala.....	33
1.8 Os remédios e as doenças mentais – a desvalorização da psicanálise.....	38
1.9 Medicação e mal estar	42
2. A criança e seus cuidados.....	45
2.1 O nascimento da infância	46
2.1.1 A criação da família moderna.....	49
2.2 Santo Agostinho versus Rousseau – a mudança de um paradigma .	51
2.3 Os livros médicos e o nascimento dos tratamentos médico- pedagógicos	54
2.3.1 O adoecimento e a deturpação infantil – a culpa é da educação ...	55
2.3.2 Os médicos de família e a aliança com as mães	58
2.4 A doença mental infantil	60
2.4.1 A idiotia.....	61
2.4.2 Psiquiatria da criança	66
2.5 A psicanálise e a psiquiatria infantil - A constituição de um novo olhar	68
2.5.1 A “educação” psicanalítica	69
2.5.2 O retorno da concepções organicistas – a desvalorização das teorias psicanalíticas	71
3. A prevenção, a infância e o boom dos diagnósticos	74
3.1 A intervenção preventiva	74
3.1.1 Os riscos e desafios da proposta preventiva no campo da saúde mental infantil	77

3.1.2 O diagnóstico na infância e os educadores.....	79
3.1.3 Os perigos do diagnóstico na prática	82
Lucas e a dislexia.....	82
Laura e sua “condição”.....	85
3.2 A criança e sua normalidade – um outro olhar sobre a questão	92
Helena e seu band-aid	94
4. Conclusão	96
5. Referências bibliográficas	99

“Uma crise só se torna um desastre quando respondemos a ela com juízos pré-formados, isto é, com preconceitos. Uma atitude dessas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência da realidade e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão”

(Hannah Arendt, 2000)

Introdução

Nas últimas décadas, observa-se um aumento expressivo do número de diagnósticos psicopatológicos infantis e do uso de medicação psiquiátrica no tratamento de crianças em idade escolar. Tal fato, observado em minha prática clínica e confirmado pela literatura, gerou o interesse e a urgência em pesquisar o assunto.

As estatísticas revelam um quadro quase epidêmico em todo mundo ocidental. Nos EUA, entre 1993 e 2004, a prevalência de “transtorno bipolar juvenil” aumentou quarenta vezes e a de “autismo” aumentou de 1 em 500 crianças para 1 em 90, ao longo da mesma década. Na França, dados do INSERM (Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica) indicam que uma em cada oito crianças tem algum transtorno mental. (Angell¹, 2011; INSERM, 2005). Estudos do IMS² apontam que de 2000 a 2010 os diagnósticos de TDAH passaram de 6.2 milhões para 10.4 milhões por ano³. No Brasil, a Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente vinte por cento das crianças e adolescentes sofram com problemas ou transtornos mentais (OMS, 2005).

Diagnósticos graves como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), dislexia e Síndrome de Asperger vêm se tornando cada vez mais corriqueiros em instituições escolares, em tribunais e no âmbito familiar em todo o mundo ocidental (Jerusalinsky, 2011; Angell, 2011; Guarido, 2007, Aquino, 1997).

O aumento das estatísticas poderia ser atribuído à melhora nas técnicas diagnósticas, que permitiriam identificar anomalias e enfermidades em maior escala populacional e justificariam o crescimento do número de diagnósticos. No

¹ Marcia Angell – médica americana, professora de medicina social de Harvard e autora de inúmeros livros e artigos onde discute a medicina atual, a proliferação de diagnósticos e a medicalização da infância.

² Empresa de consultoria americana que prove informações, serviços e tecnologia para a indústria farmacêutica.

³ Dados com margem de erro: 5.5 milhões a 6,9 e 9.3 a 11.6 milhões
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22326727> visto em 9/9/12

entanto, o que se constatou a partir desta pesquisa foi uma alteração dos parâmetros e dos critérios de avaliação, especialmente nas últimas décadas, do que é considerado um comportamento anormal ou doente e as causas para o adoecimento, que fez com que os casos considerados patológicos multiplicassem.

O que há pouco tempo seria tomado como comportamento esperado de determinadas fases do desenvolvimento (como certa agressividade e agitação na infância e rebeldia na adolescência), passou a ser compreendido em termos patológicos⁴ na contemporaneidade. As crianças que eram nomeadas “levadas”, “desatentas” ou “impossíveis”, vêm sendo frequentemente “explicadas” por um transtorno psíquico ou uma síndrome - baseado na premissa de uma disfunção físico-químico cerebral, ou seja, orgânica.

Nas últimas décadas, fatores como ambiente, situação familiar, histórico e processos de subjetivação vêm sendo cada vez mais relegados a segundo plano, por se atribuir a manifestação patológica a fatores predominantemente orgânicos. A indicação de tratamento medicamentoso tornou-se, por esse motivo, cada vez mais necessário, pois visaria intervir de modo eficaz uma questão compreendida em termos primordialmente fisiológicos.

Desse modo, em conjunto ao crescimento das estatísticas diagnósticas, constata-se igual aumento de crianças medicadas com psicotrópicos. O Brasil é atualmente o segundo maior consumidor de metilfenidato do mundo, droga mais conhecida pelo nome comercial Ritalina, utilizada no tratamento de TDAH, atrás somente dos EUA(CFP,2012).

Dez por cento dos meninos americanos de 10 anos de idade tomam estimulantes diários para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Angell, 2011). Na Inglaterra, a prescrição de Ritalina (metilfenidato) subiu de 158.000 para 661.463 de 1999 a 2010 (The Observer, 05/05/2012).

⁴ Um exemplo dessa patologização de comportamentos antes considerados normais pode ser vista, por exemplo, no Transtorno opositivo desafiador. O transtorno é caracterizado por um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil. A criança ou adolescente discute excessivamente com adultos, não aceita responsabilidade por sua má conduta, incomoda deliberadamente seu entorno, possui dificuldade em aceitar regras e perde facilmente o controle se frustrado. (DSM-IV,2000,p.101) De acordo com o DSM, esse transtorno seria uma comorbidade usual do TDAH, mais comum entre os adolescentes. Suas causas seriam genéticas e ambientais. O comportamento “típico” de um adolescente de nosso século, consta patologizado no manual diagnóstico.

Em relação especificamente ao TDAH (diagnóstico mais frequente nas escolas brasileiras), o uso de medicamentos psiquiátricos para o tratamento de hiperatividade é bastante controverso. Não somente pelos diversos efeitos colaterais - como taquicardia, efeitos gastrointestinais, interferência na secreção hormonal e hipertensão – e pela falta de um conhecimento maior sobre os prejuízos que podem acarretar a administração desse tipo de medicamento a longo prazo a uma criança - cujo organismo encontra-se em pleno desenvolvimento - mas também pelas dúvidas em relação a sua eficácia.

Diana Jerusalinsky alerta que há uma série de efeitos adversos dos estimulantes que podem ser erroneamente reconhecidos como sinais de melhora tanto pelos educadores como pelos pais e mesmo pelos clínicos. A autora adverte sobre o “efeito zumbi” da Ritalina⁵, que seria uma extensão do efeito “terapêutico”, onde ocorre entorpecimento da “espontaneidade com a produção de docilidade e conformidade”. (Jerusalinsky, 2011, p.250) Isto implica dizer, que nem sempre a “calma” da criança sob medicação representaria uma melhora ou resposta ao tratamento, mas apenas um apaziguamento de um sintoma sem que o quadro seja de fato tratado.

O risco de iatrogenia - ou seja, doenças, complicações ou efeitos adversos por ou resultantes de um tratamento médico - em decorrência de um diagnóstico mal feito, é grande, e por isso o interesse para estudar o assunto.

Muitas vezes uma situação conflituosa entre a criança e os pais, ou entre a criança e a escola, acaba por ser interpretada em termos de distúrbio orgânico da criança, fazendo com que, face a uma explicação que se esgota em uma má formação cerebral ou em um funcionamento cerebral “diferente”, a questão relevante do conflito fique em segundo plano, não sendo de fato tratada.

A criança medicada se torna mais dócil, mais “fácil”. Se por um lado isso pode gerar um alívio e conforto para os pais, pois encontram um nome e um plano de ação para o mal estar da criança (ou gerado pela mesma), no caso de um diagnóstico mal feito, a situação fica apenas cada vez mais cronificada, tendo efeitos nefastos para a criança em desenvolvimento.

⁵ Ver in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1995.

Afinal, é ponto comum, mesmo entre as diferentes teorias desenvolvimentistas, que a infância é um período onde se considera importante ampliar os horizontes. Nessa fase, em que a criança está em pleno processo de desenvolvimento, são constituídas as principais ancoragens para a constituição subjetiva do indivíduo. Cronificá-la em uma patologia seria impedir que esse desenvolvimento ocorra de maneira plena.

Há de se ter cautela e investigar o risco de estarmos produzindo crianças doentes ao invés de uma sociedade mais saudável, através de um enquadre que valoriza predominantemente o desenvolvimento físico da criança e que muitas vezes patologiza manifestações que podem ser apenas parte do processo do desenvolvimento da criança. De fato, essa é a tese da autora – estamos adoecendo muitas crianças em seu dever.

Nosso objetivo foi o de, para além de simplesmente criticar, compreender as razões históricas do fenômeno da hiperdiagnóstica e essa ênfase que atualmente é dado aos fatores orgânicos em lugar da vivência subjetiva ou fatores ambientais na compreensão de manifestações patológicas. O presente estudo visa a propor uma reflexão, pesquisar de que forma surgiram as identificações e os tratamentos das doenças e analisar a questão da hipermedicalização observada na atualidade.

Veremos como nosso olhar contemporâneo às doenças e transtornos é apenas a ponta do iceberg de uma história cujos fundamentos foram se sedimentando ao longo dos últimos séculos.

A pesquisa foi dividida em três momentos. O primeiro será dedicado à compreensão de como chegamos a essa valorização do “orgânico”, e por consequência, à busca por marcadores biológicos da doença na medicina contemporânea. Para tanto, foi feito um recorte histórico de eventos considerados marcos para o surgimento do olhar contemporâneo sobre a doença e para a construção dos tratamentos em saúde. Mostraremos como na psiquiatria a busca por um suporte orgânico e métodos de mensuração das patologias, a fim de garantir a cientificidade da área, foram ganhando cada vez mais enfoque, mas consistem em um enorme impasse para o campo. Nossos principais interlocutores

foram Henry Sigerist, William Bynum, Canguilhem, Freud e Elizabeth Roudinesco.

Não privilegiaremos, num primeiro momento, questões específicas da infância, pois as pesquisas e as teorias acerca do universo infantil são bastante recentes e influenciados por séculos que as precedem, como veremos no capítulo dois. Portanto, por questões de organização, dedicaremos o segundo capítulo especificamente à infância. Falaremos de seu histórico e destacaremos seu percurso diferenciado do tratamento dado aos adultos. Mostraremos como as terapêuticas em relação às crianças fundaram-se muito mais a partir de discussões pedagógicas do que de questionamentos acerca de uma patologia infantil específica. Veremos como medicina e educação estreitaram seus laços a partir da modernidade com fins de criar políticas públicas de saúde da criança. Laços que permanecem vigentes até hoje, mesmo que muitas vezes velados.

No terceiro momento, faremos uma análise do tratamento dado às crianças na atualidade, tanto no campo da educação quanto no da saúde mental. Falaremos sobre a medicina preventiva e o risco de um ideal preventivo se tornar uma predição que adoce as crianças em seu “devir” (Golse, 2003). Analisaremos o risco iatrogênico de nossos tempos e demonstraremos que a abordagem psicanalítica pode oferecer uma via mais interessante e rica para o tratamento das dificuldades na infância, por analisar a problemática para além do órgão.

1. As doenças e seus tratamentos

William Bynum (2011), em seu livro “História da Medicina”, traz um esquema geral para a compreensão da história da medicina desde o estabelecimento, na Grécia Antiga, do que pode ser chamado de tradição médica ocidental, até a contemporaneidade. O autor demonstra como nossas atuais políticas públicas de saúde e nosso lidar com a doença são fruto dessa história.

A partir de uma análise epistemológica e dentro de um contexto histórico, observaremos o modo pelo qual chegamos às teorias de saúde na medicina dos tempos atuais e o nascimento da nosologia científica.

Nosso intuito, nesse primeiro momento, será compreender de que forma o funcionamento orgânico no desenvolvimento humano adquiriu tamanha relevância para a compreensão e para o tratamento das doenças, sejam elas físicas ou psíquicas.

1.1 Hipócrates e o nascimento da medicina

O que hoje é tarefa de médicos, psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da área da saúde já foi responsabilidade exclusiva de curandeiros, pajés e deuses. A cura e a teologia andaram juntas (e até hoje andam) durante muitos séculos – isso pode ser visto, por exemplo, nos sistemas médicos do antigo Oriente Próximo – Egito, Síria, Mesopotâmia e Babilônia.

Considerava-se que as doenças eram resultado do desprazer divino, possessões espirituais ou forças mágicas, de modo que o padre-médico representou figura muito presente durante séculos. Na Grécia Antiga, por exemplo, como parte importante da assistência médica, havia templos de cura por todo o país. O diagnóstico realizado pelos padres-médicos consistia em orações, leituras

das entranhas dos animais ou a determinação da transgressão religiosa do paciente. (Bynum, 2011 ; Porter, 2008)

É Hipócrates (460 a 370 a.C.), na Antiguidade Clássica na Grécia, que rompe com a crença da influência dos deuses na gênese das doenças e propõe que causas naturais originavam as enfermidades, devendo, portanto, serem tratadas por meios naturais. Criou a teoria da medicina humoral que dominou o pensamento médico, impressionantemente, até o século XVIII, tendo sido gradualmente substituída pela medicina científica no século XIX. Ele é considerado o pai da medicina e a principal influência para terapeutas de todos os tipos, pois fundou ideais que sustentam formas de abordar a saúde, a doença e a cura, até os dias de hoje. (Bynum, 2011).

Hipócrates foi o pioneiro na classificação das doenças mentais. Seus escritos incluem descrições de moléstias identificáveis como melancolia, psicose pós-parto, fobias, demência senil, *delirium* tóxico e histeria. Atribuía alguns quadros mentais a estados infecciosos, hemorragias e ao parto. Localizava no cérebro a sede dos sentimentos e das ideias. (Neto, Gauer e Furtado, 2003,p.25) Para Hipócrates, um bom estado de saúde dependia de mente e corpo em equilíbrio. De fato, sua teoria relaciona, de modo muito estreito, a saúde e o equilíbrio do homem com seu meio.

A terapêutica hipocrática incluía dietas, exercícios, massagens e outras modalidades focadas nas necessidades individuais de cada paciente – *nunca se separava a doença daquele que dela padecia*. Deste modo, não seria possível compreender o processo de adoecimento sem levar em conta a história do sujeito e as condições de vida que o cercam. (Bynum, 2011) Valorizava-se o poder de cura da natureza, reforçando-se a ideia de que são as forças da natureza que curam as doenças. *A terapia tinha, deste modo, como objetivo primário, auxiliar o corpo do paciente a fazer seu trabalho “natural”*.

A cultura grega proibia a dissecação de corpos humanos, de modo que os hipocráticos sabiam muito pouco sobre anatomia profunda. Seus conhecimentos anatômicos eram deduzidos com base na dissecação de animais ou no conhecimento adquirido por meio da preparação dos animais para a alimentação. Os hipocráticos não dependiam, contudo, dos estudos anatômicos, mas sim da

observação cautelosa e dos pacientes. Se hoje priorizamos os estudos anatomo-patológicos na formação médica, isso era diferente na Grécia Antiga.

Para a medicina humoral, os elementos importantes eram os fluidos corporais e não os sólidos. Fluidos corporais e seus efeitos são características que podem ser vistos e acompanhados a olho nu – se uma pessoa tem febre, sua pele fica corada, quando tosse, produz muco ou sangue, os olhos lacrimejam, há coriza no nariz e a pele pode ficar quente ou fria, úmida ou pálida.

O humoralismo⁶ foi a forma mais popular de tratamento até o século XIX e sua influência é presente até hoje em nossas concepções de saúde e doença. A ética no cuidar, a visada holística do paciente – preocupando-se com alimentação, prática de atividades físicas, massagem, ambiente que circunda o paciente -, a base botânica da maioria dos medicamentos e a racionalização do olhar do médico frente ao adoecimento são claras heranças dos preceitos hipocráticos (Allamel-Raffin, Leplège, Martire Junior, 2011).

A substituição gradual das teses hipocráticas por outras teorias deve ser atribuída à introdução da anatomia nos estudos médicos e à criação da prensa. Os estudos anatômicos exigiram que as teorias humorais fossem revistas e a impressão de livros de medicina possibilitou uma expansão do conhecimento médico e assim um maior diálogo entre a comunidade médica, como veremos a seguir.

⁶ Na teoria humoral, o corpo vivo é concebido como sendo constituído por parte sólidas (ossos, tendões, etc.) e por quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma ou pituita - cada um relacionado a um órgão do corpo. A saúde (inclusive a mental) seria o resultado do equilíbrio perfeito dos humores e a doença representaria o desequilíbrio destes. Hipócrates acreditava que a desordem interna, ou seja, o desequilíbrio dos humores, seria causada especialmente pelo clima ou pela alimentação. Excreções (pus, suor, muco expectorado, urina concentrada, vômitos e diarreia) eram interpretadas como produto de mecanismos de defesa natural, na busca pelo retorno ao equilíbrio.(Bynum, 2011; Neto, Gauer e Furtado, 2003,p.25)

1.2 A introdução da anatomia nos estudos médicos

Até a Idade Média, os cadáveres eram considerados sagrados, de forma que a realização de autópsias sistemáticas, suscetíveis de enriquecer o conhecimento acerca da estrutura do organismo, eram praticamente impossíveis, por serem consideradas profanação de cadáveres⁷, passíveis de severa punição.

Com o tempo, contudo, a posição eclesiástica foi se abrandando e, a partir do século XIV, dissecações anatômicas para fins didáticos e autópsias foram autorizadas ao ensino universitário. Em 1472, o papa Sixto VI reconhece a utilidade da prática médica e artística das dissecações e a legitima como prática investigativa.

Em uma edição latina de 1490, é impressa pela primeira vez a obra de anatomia de Galeno⁸ (ca. 131-201). Não obstante, os estudos anatômicos de Galeno mantinham as restrições religiosas da Antiguidade e eram baseados em dissecações de animais⁹.(Allamel-Raffin, Leplège, Martire Junior, 2011).

Seriam os trabalhos de Andreas Vesalius (1514 – 1564), médico na corte de Carlos V e de seu filho, Felipe II de Espanha, que reformariam de forma definitiva a anatomia e o olhar para o corpo (Bynum, 2011). Vesalius, tendo retornado aos manuscritos gregos dos tratados anatômicos de Galeno, observou que ele não havia dissecado senão animais. Em 1543, publica o livro de anatomia mais importante do século XVI intitulado “*De humani corporis fabrica*”, no qual inaugura o método de só fazer afirmações sobre fatos que havia observado pessoalmente, de modo a relatar com a maior precisão o que havia observado.

Seu trabalho é o primeiro livro de medicina em que as ilustrações são mais importantes do que o texto. A obra estabeleceu padrões para representações

⁷ Tal fato refere-se ao mundo ocidental primordialmente. Os egípcios, inclusive por sua prática religiosa da mumificação, possuíam grande conhecimento anatômico já na Antiguidade.

⁸ Galeno foi um proeminente médico e filósofo romano, responsável pela transmissão de grande parte do legado hipocrático ao Ocidente.

⁹ Essa especificidade da obra de Galeno, de suas observações provirem de animais, não constava em seu livro, o que acarretou em certa confusão no meio médico. A diferença entre o que Galeno havia observado e descrito e o que se observava na prática era muitas vezes atribuída ao tempo de exposição do corpo.

artísticas nos livros de medicina, assim como para a precisão anatômica. Divide-se, deste modo, a história da anatomia em pré-vesaliana e pós-vesaliana.

Apesar de Vesalius ter abandonado a anatomia pouco tempo depois de sua publicação, em troca de um trabalho rentável na corte espanhola, por volta do século XVI sua obra já tinha gerado muitos frutos e a revolução anatômica já estava a caminho. Médicos passaram a querer *ver com os próprios olhos* ao invés de depositar uma *confiança ingênua nos mais antigos* (Canguilhem, 2011).

Funda-se assim uma *nova maneira de investigação do campo da saúde*, presente até os tempos atuais - *a necessidade de ver fisicamente, identificar, questionar e teorizar o que se está vendo*. Ao invés de criar teorias metafísicas sobre as doenças, passa-se a *buscar na pesquisa anatômica a explicação dos funcionamentos corporais – normais e anormais*.

Contudo, é necessário pontuar que o fato de se ter o recurso anatômico não significa que as teorias se tornariam necessariamente mais reais e verdadeiras. Canguilhem, em sua obra *O Normal e do Patológico*, demonstra como mesmo esse recorte mais objetificável (no sentido de que ele teria um objeto físico como seu suporte), é um recorte e depende de um trabalho de interpretação do observador, que conceberá esse ou aquele fator como anormais e normais.

Por cerca de três séculos após a publicação do livro de Vesalius, a anatomia torna-se a rainha das ciências médicas (Bynum, 2011). A invenção da prensa tipográfica permitiu que livros fossem produzidos em massa e até médicos comuns tivessem acesso a eles. Era possível não somente ler sobre o corpo humano, mas visualizar o que se estava lendo.

Contudo, a anatomia médica gerava ainda repulsa em muitos e demorou a ganhar o status que tem atualmente. A dissecação era vista como moralmente degradante, repugnante e cruel. O problema do mau cheiro, pela falta de métodos de preservação, provavelmente era um fator relevante (Allamel-Raffin, Leplège, Martire Junior, 2011).

Mesmo com toda a controvérsia, a anatomia foi um campo que inevitavelmente se tornou cada vez mais popular. Sua prática possibilitou uma

mudança indiscutível no olhar e, portanto, nas concepções sobre os processos do funcionamento corporal humano presentes até os tempos atuais.

1.3 Revolução Científica, Revolução Médica

Bynum fala de um *efeito de libertação produzido ao poder* “*ver com os próprios olhos*” que tocou muitos aspectos da medicina e da filosofia natural. Junto com a Renascença, surge o período que historiadores denominam Revolução Científica.

Química, Física, Astronomia e diversas outras ciências passam a reescrever teorias e práticas. O corpo agora será compreendido e estudado por suas diversas facetas – químicas e físicas. O entendimento da saúde e da doença altera-se bruscamente. São introduzidos produtos químicos na cura de doenças (como o mercúrio para o tratamento da sífilis), o corpo passa a ser compreendido em fórmulas matemáticas, teorias são revistas e sempre mantidas em condição de precariedade (ou seja, podendo ser revistas). Esse foi um período muito efervescente dentro da medicina e da ciência. A abordagem ao entendimento da saúde e da doença alterou-se drasticamente, pois a nova relação com a investigação possibilitou a criação de uma série de teorias.

As teorias cartesianas impulsionavam pesquisadores a recorrer à matemática e a deixar de lado qualquer traço que não pudesse ser objetivável. O modelo corpo-máquina proposto por Descartes, onde o corpo é visto “como uma máquina que se move por si mesma”, permitiu que o estudo dos processos, que seriam apropriados pela fisiologia posteriormente, ganhasse autonomia. (Bynum, 2011)

No século XVII, o médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689) estabeleceu os fundamentos de uma nova nosologia¹⁰. Retomando a tradição

¹⁰ Nosologia : é a parte das ciências da saúde que trata dos critérios de classificação das doenças - segundo sua etiologia (causa), patogênese (mecanismo de surgimento e desenvolvimento de um processo patológico) ou sintoma.

hipocrática de realizar observações clínicas e rigorosas, ele insistia na necessidade de se registrar com detalhes as observações médicas (Bynum, 2011; Porter, 2008).

Sydenham deixou relatos detalhados sobre a gota, a varíola, a histeria, entre outras enfermidades. Foram, no entanto, seus estudos com a quinina que alteraram o conceito sobre as doenças. Embora ele fosse um defensor das teorias humorais, encontrara uma substância (quinina) que parecia ter um efeito específico, extremamente eficiente contra as doenças do Novo Mundo (malária e febres tropicais) em todos os pacientes. Além disso, observou que as doenças aparentavam ter uma natureza uniforme e consistente, apresentando em pessoas diferentes os mesmos sintomas gerais.

Sydenham passa a ver nas doenças uma ordem e nas anomalias uma regularidade (Canguilhem, 2011). Desenvolve assim a teoria de que, assim como as plantas são classificadas pelos botânicos, as doenças seriam passíveis de classificação e ordenação. As variações entre indivíduos seriam como as violetas em relações a outras flores - apesar das diferenças, a categoria geral é a mesma, elas continuam sendo do grupo das flores. (Porter, 2008)

Os médicos, ao registrarem as observações clínicas de seus pacientes, poderiam buscar diagnósticos mais precisos e rápidos e o tratamento seria mais específico. Com a segurança de diagnosticar da forma correta uma doença, os remédios poderiam ser buscados de forma empírica. *As doenças passam assim a ter um caráter mais universal do que particular, já que suas manifestações têm uma universalidade independente de quem delas padece* (Bynum, 2011, p.48).

Sydenham efetua mais um divisor de águas e estimula médicos das gerações seguintes a classificar as doenças, dando início ao *processo moderno de diferenciar a doença da pessoa que sofre dela* e de identificar as características universais de cada tipo de doença, o que dava sentido à existência de uma terapia específica.

Não apenas isso, mas a regularidade encontrada por Sydenham nos processos de adoecimento possibilitariam uma *padronização da clínica médica*, fazendo com que médicos de todas as regiões fossem capazes de utilizar os

critérios diagnósticos e chegar não só mais rapidamente a um diagnóstico eficaz, mas também concordar sobre o diagnóstico. (Bynum, 2011)

Podemos localizar aqui os fundamentos da nosologia médica que serão vistos, por exemplo, na efetuação do DSM¹¹ e de qualquer manual médico até a atualidade. Identificar a universalidade da doença implica uma ação mais direta e ampla no tratamento das enfermidades e um discurso mais unívoco da clínica médica.

Contudo, retomando nosso percurso histórico, as nosologias com base no método de Sydenham ainda eram elaboradas e baseadas primariamente no que podemos chamar de sintomas e não em sinais ou causas. Febre, por exemplo, era uma doença por si só. A dor, por outro lado, era classificada com minúcia, de acordo com sua localização e intensidade .

Essa forma de mapeamento das doenças revela um aspecto importante da medicina que iria até a era iluminista: ela ainda era determinada pelo paciente, seguindo a tradição hipocrática. Médicos contavam com os relatos de seus pacientes a respeito de suas próprias sensações e sintomas para fazer seus diagnósticos. *Pacientes e seus médicos falavam uma mesma língua e tinham concepções semelhantes das doenças e suas causas* (Bynum, 2011).

Isso não é um mero detalhe, pois, ao acompanharmos o desenvolvimento da clínica médica, veremos como a relação médico-paciente será hierarquizada com o tempo, de modo que já não compartilharão o mesmo ponto de partida. As teorias médicas independerão do relato do paciente, pois devem privilegiar a universalidade ao particular de cada caso.

Em 1760, Giovanni Battista Morgagni (1682 – 1771) publica um trabalho a fim de evidenciar que doenças tinham sua sede nos órgãos e que os sintomas eram manifestações dessas lesões orgânicas. Por meio da análise de mais de 700 autópsias, buscou demonstrar as mudanças patológicas que ocorrem nos casos de doença. O *vínculo entre lesão e órgão* é estabelecido e representou forte influência sobre as pesquisas conduzidas em anos subsequentes. Sua obra foi

¹¹ DSM - manual diagnóstico estatístico das doenças mentais, utilizado como referência mundial para efetuação dos diagnósticos psicopatológico

traduzida para a maioria das línguas europeias e estimulou a utilização de autópsias no intuito de aprender sobre as doenças. Essa prática se transformaria em rotina nas escolas de medicina ocidentais algumas décadas depois. (Bynum, 2011)

Enquanto os diagnósticos físicos auxiliavam o médico a encontrar as lesões, a autópsia permitia que os diagnósticos anteriores fossem confirmados, revisados ou alterados. O clínico torna-se assim seu próprio legista, indica Bynum (2011), acompanhando o paciente até o leito. Assim era possível percorrer “os caminhos da doença” pelas mudanças patológicas que elas produziam no corpo. A “visibilidade das doenças” passa a ganhar cada vez mais relevância.

As autópsias começam a ser conduzidas por clínicos franceses com o mesmo propósito que os exames físicos: objetificar os fenômenos da enfermidade e, deste modo, *substituir especulações de dois mil anos com fatos sólidos, palpáveis, visíveis e materiais da patologia.*

A combinação francesa de diagnóstico físico e correlação clínico-patológica determinou uma nova abordagem às enfermidades. Gradualmente, foi sendo produzida uma nova organização das doenças (nosologia) baseada nos órgãos, elevando as partes sólidas do corpo a um maior destaque (comparado à tradição hipocrática).

As contribuições de Sydenham e Morgagni fizeram com que a nosologia médica fosse revista e antigos diagnósticos fossem descartados ou confirmados. O encontro da clínica e da patologia alterou o modo de conceber as doenças. Podíamos agora visualizá-las, classificá-las, determinar seu desenvolvimento e criar possíveis tratamentos, frente a um diagnóstico mais preciso e, possivelmente, mais precoce. (Allamel – Raffin, Leplège e Martire Junior, 2011) *As explicações para o funcionamento humano passam a ser analisados primordialmente por suas características fisiológicas.*

1.4 A nova medicina e o hospital

Entre as Revoluções de 1789 e 1848 na França, especialmente em Paris, ocorreu o que se chamou de “revolução médica”. Paris era o centro da medicina no mundo médico e as práticas lá realizadas influenciavam de forma contundente o resto do mundo ocidental. O que ocorrerá na França é possível de ser observado, em geral, com a defasagem de algumas décadas, em todo o mundo ocidental.

A Revolução Francesa teve como efeito o fechamento das estruturas hospitalares arcaicas. Líderes revolucionários da época argumentavam que o sistema de saúde era corrupto e que privilegiava apenas as hierarquias, aumentando as desigualdades. As instituições da medicina – médicos, cirurgiões, hospitais, as antigas academias, faculdades e escolas de medicina – foram eliminadas por sua relação com o Antigo Regime. Durante alguns anos do início da década de 1790, líderes revolucionários propuseram inclusive que cada um fosse seu próprio médico (Bynum, 2011).

No entanto, essa posição não poderia durar muito tempo. As doenças não desapareceram e o governo revolucionário teve de reconhecer a importância da instituição médica, afinal, seus soldados e marinheiros necessitavam de assistência quando enfermos. O exército precisava de médicos com conhecimento tanto em medicina quanto em cirurgia. Em 1794, são reabertas três escolas de medicina, com o intuito inicial de formar homens para servir às necessidades da nova república. O que ocorre é uma verdadeira revolução na educação médica. (Bynum, 2011) Criticava-se que os ensinamentos das antigas escolas de medicina eram demasiadamente livrescos e inconsonantes com a realidade da prática. Impunha-se a necessidade de uma vasta reorganização institucional que valorizasse a prática.

Três aspectos ganham destaque na formação de profissionais da nova era da educação médica. A primeira é a ênfase na prática desde o primeiro dia de aula dos alunos. O aluno deveria “ler pouco, ver muito e fazer muito”. A teoria ficaria em segundo plano. A segunda mudança vem com a importância dos hospitais. Os alunos deveriam ser lecionados nos hospitais, pois as oportunidades de experiência eram muito maiores e mais intensas do que as de uma sala de aula

longe dos leitos. Além disso, todos os estudantes de medicina deveriam ser treinados tanto em medicina quanto em cirurgia. Isso implica uma alteração radical de paradigmas, afinal até então os clínicos sempre se ocuparam do entendimento do corpo como um todo, partindo de concepções generalistas das doenças. Os cirurgiões, por outro lado, se confrontavam com intervenções em locais definidos. A formação médica torna-se, deste modo, mais completa. Localista pelo viés da cirurgia, generalista por sua ênfase na clínica. (Bynum, 2011; Porter, 2008)

Os hospitais passam a se transformar em centros de Medicina Científica, os laboratórios passam a ganhar cada vez mais destaque e a compreensão dos fenômenos fisiológicos e patológicos crescem de modo progressivo no decorrer do século XIX (Pickstone, 2008).

Essa nova mudança na *formação dos médicos permite que o enfoque saia da teorização metafísica para uma teoria que parte da prática e do suporte orgânico* (o corpo) para o esclarecimento e a verificação de teorias, movimento que como vimos já havia iniciado um no século anterior. Esse enfoque funda a constituição de um novo agir médico, presente até os dias de hoje.

1.5 A medicina científica e o século XX

No século XX, o ritmo e a relevância dos avanços na medicina se ampliam consideravelmente em relação aos séculos precedentes. A revolução no âmbito das ciências físicas (teoria da relatividade estrita, relatividade geral e física quântica) gerou uma revolução do domínio das ciências e das técnicas da vida (Gmerk, tomo III, 1999). Não pretendemos aqui traçar todos os progressos conquistados, mas, resumidamente, poderíamos, com base nos estudos de Allamel-Raffin, Leplège e Martire Junior (2011), citar quatro mudanças principais: o desenvolvimento da biologia e da patologia molecular; progressos no plano tecnológico e no domínio da terapêutica; a interdisciplinaridade e desenvolvimentos metodológicos em epidemiologia e em farmacologia clínica. Vacinas, máquinas de análise de imagem, métodos cirúrgicos, remédios, novas

terapêuticas, pesquisas genéticas são algumas das invenções que fizeram parte da revolução científica no século XX.

A Medicina factual, baseada em evidências (outro nome dado para a mesma), herança de um processo que já vinha se estabelecendo, como vimos, há algumas décadas, ganha cada vez mais espaço. Com os avanços tecnológicos, a possibilidade de existirem espectros de análise em larga escala, fez com que o uso das estatísticas para efetivação dos diagnósticos clínicos se estabelecesse no século XX como principal prática. *A importância da intuição, da experiência clínica não sistemática e do raciocínio fisiopatológico, como fundamento suficiente para a tomada de decisão clínica, perdeu espaço para um exame clínico baseado em fatos evidenciados pela pesquisa clínica.* (Allamel – Raffin, Leplège e Martire Junior, 2011)

Como efeito disso, a relação médico-paciente passou a ser hierarquizada, uma vez que o relato do paciente já não tem mais tanta relevância. *Se antes, como havíamos mencionado, o médico realizava seu diagnóstico com base na narrativa do paciente e partindo de um mesmo campo semântico, agora isso já não é mais possível.* Os números e as análises de imagens sobrepõem-se a qualquer palavra que possa ser proferida por um indivíduo, ainda mais enfermo. Afinal, a fala do paciente estará sempre perpassada por sua subjetividade - o paciente pode se sentir extremamente saudável e estar doente, assim como se sentir enfermo e não ter nenhuma alteração patológica.

A experiência médica demonstrou que *os sintomas mórbidos subjetivos raramente coincidem com os sintomas objetivos. A experiência patológica direta do paciente muitas vezes apresentava-se como irrelevante ou sistematicamente falsificadora do fato patológico objetivo*, já que uma pessoa pode se sentir bem e seus exames clínicos detectarem uma doença; ou sentir-se miserável e cheia de dores, e não ser detectada nenhuma patologia. Diante desses fatos, chegou-se a conclusão que, *para definir a doença, seria preciso “desumanizá-la”.* (Leriche, 1973 apud Canguilhem 2008).

Aqui surge outro aspecto relevante para nossa pesquisa, que ilumina a situação atual sobre os diagnósticos: *a desumanização das doenças*, permitindo um acesso concebido como mais “real” (ou menos falsificador) ao fato patológico.

Ao confiarmos mais nos exames laboratoriais e de imagem, para a efetivação do diagnóstico, do que na análise dos discursos que envolvem a problemática a ser tratada, não estamos fazendo nada mais do que desumanizar a doença para avaliar a situação conflituosa, relegando a subjetividade do paciente a um segundo plano. O acesso à “realidade da doença” passou a estar vinculado à capacidade de mensuração da doença.

No século XX, chegamos ao auge do que já vinha se formando nos dois séculos anteriores – a valorização do número no lugar da fala, o visível no lugar do invisível da experiência. Os marcadores biológicos (que se apresentam nos exames clínicos e laboratoriais) permitem a validação dos diagnósticos, se apresentando como fatos científicos. A possibilidade de ver o corpo humano sem a necessidade de intervir cirurgicamente, através dos exames de imagem, faz com que a *visão da doença* ganhe cada vez mais relevância. O médico vê, literalmente, a queixa do paciente, já não depende de sua fala.

É claro que essa visão e essa prática não contemplam o corpo médico como um todo (pois isso seria impossível), e que muitos profissionais mantêm sua prática baseada na observação clínica delicada, com preceitos mais hipocráticos, visando ao paciente como um todo e não apenas como um conjunto de números. No entanto, podemos falar de uma marca de nossos tempos, que privilegia ou ao menos tem que levar em consideração os dados da estatística e laboratoriais.

Em números gerais, a eficácia da medicina de nossos tempos reforçou indiscutivelmente o uso dos números estatísticos ao particular de cada caso. De acordo com o IBGE, como exemplo, a esperança de vida do brasileiro em 1940 era de 43,1 anos de vida. Em 2010, a expectativa de vida subiu para 72,90 (IBGE,2010). É inegável que a medicina científica trouxe a possibilidade de um aumento substancial na longevidade e na qualidade de vida das pessoas. Vacinas, medicações, tecnologia laboratorial e de imagem fizeram com que muitas doenças não fossem mais fatais. Neste ponto, não há o que discutir, os avanços médicos são inegáveis.

Não nos alongaremos mais neste assunto, pois nosso intuito era o de pinçar aspectos relevantes das mudanças de paradigma na história da medicina. Vimos

que ocorreram verdadeiras revoluções no modo como compreendemos os estados de adoecimento e tratamos os enfermos ao longo da história.

Se nos primórdios da medicina se procurava estabelecer um diagnóstico geral, baseado no histórico de vida do paciente, seus hábitos, seu meio, suas atividades; hoje dá-se muito mais atenção aos números laboratoriais, aos exames de imagem, à observação de estatísticas, por se conceber que conferem uma maior precisão ao diagnóstico.

Passamos de um método calcado mais no olhar intuitivo do médico, que monta uma hipótese acerca da enfermidade que acomete seu paciente, para outro que valoriza exames laboratoriais e diagnósticos nosológicos, baseados num conhecimento sobre a doença em sua apresentação, uma vez que enfatiza seus aspectos universais aos particulares.

Vimos, até o momento, o percurso histórico da medicina, mas não da psicologia e da psiquiatria. Optamos por essa via da pesquisa, a fim de compreender como ambos os campos se influenciaram e se distanciaram. A psiquiatria é parte da medicina e a psicologia é, sem dúvida, influenciada pelo discurso médico. Veremos os impasses de tomar as doenças mentais aos moldes da medicina científica.

1.6 A medicina e a doença mental - O nascimento da psiquiatria

A história dos que sofrem de doença mental é um capítulo triste na história médica da sociedade, indica Sigerist (2011). Durante séculos, o tratamento dado a pessoas mentalmente doentes foi cruel, se não abominável. Além disso, dentre todas as disciplinas médicas, a psiquiatria é, ainda, a mais atrasada, havendo, até hoje, pouca concordância sobre a etiologia das doenças mentais, na criança ou no adulto.

A morosidade dos avanços da psiquiatria é explicada por Sigerist pelo fato da medicina ter se ocupado durante séculos, em primeiro lugar, de padecimentos físicos. Um homem que parecia normal, mas agia irracionalmente, nem sempre

atraía a atenção do médico. Pelo contrário, era rapidamente encaminhado ao sacerdote – médico da alma (Sigerist, 2011).

Pessotti indica que, até o século XVIII, havia um reduzido interesse da pesquisa médica pela loucura e, com exceção de alguns escritos médicos pioneiros, a loucura não era sequer considerada uma doença, mas apenas um sintoma, ao lado de outros, como a febre e o vômito. (Pessotti, 1999) Assim sendo, questionava-se a própria existência de uma doença mental propriamente dita, advogando as manifestações patológicas mentais seriam sintomas de doenças físicas¹².

Embora a medicina grega tenha incluído a insanidade na alçada dos médicos no mundo ocidental¹³, a maioria dos procedimentos relacionados ao tratamento da loucura manteve forte influência religiosa até após a Idade Média. Durante séculos, as pessoas continuavam indo aos templos em busca de auxílio, pois entediam as ações erráticas dos indivíduos como uma possessão espiritual (na condição de mensageiro) ou castigo divino (punição de uma vida desordenada). A cura nos templos consistia em expulsar os espíritos através de exorcismos, punição corporal e outros procedimentos. Se a possessão fosse reconhecida como fruto de um pacto com o diabo ou obra de feitiçaria, os hereges não tinham tratamento e iam direto para a fogueira. Porter (2008) indica que, até o final do século XVIII, na caça às bruxas, milhares de doentes mentais sofreram tortura e foram queimados.

Sob influência do movimento humanitário, a sociedade ocidental pouco a pouco se ocupou de uma maneira diferente dos doentes mentais. Durante a Revolução Francesa, Phillipe Pinel, frequentemente chamado de fundador da psiquiatria moderna e uma das principais figuras da medicina parisiense, libertou, literal e figurativamente, seus pacientes das correntes no asilo de Bicêtre, Paris. (Bynum, 2011; Porter, 2008)

¹² Esse questionamento é presente até os dias atuais. Afinal, se a mente não constitui um órgão, o que seria uma doença mental? Por que razões elas apareceriam? Não seriam as ditas doenças mentais um sintoma de uma doença física desconhecida? Frente a essas perguntas, como veremos ao longo deste capítulo, surgiram inúmeras teorias.

¹³ No mundo árabe, já no século VII haviam hospitais reservados aos loucos (vide Foucault – *O Nascimento da Clínica*, 2011). Neles, se praticava uma espécie de cura da alma, que envolvia tratamentos com música, dança, espetáculos e a audição de histórias fabulosas. O tratamento era dirigido por médicos e estes davam alta aos pacientes quando os consideravam já curados.

A revolução pineliana consistiu em não mais ver o louco como um insensato, cujo discurso seria desprovido de sentido, mas como um alienado – um sujeito estranho a si mesmo. (Bynum, 2003) Reformou a clínica mostrando que sempre subsiste no alienado um resto de razão que permitiria a relação terapêutica e, portanto, um tratamento - restaurando os direitos dos loucos como cidadãos racionais. (Roudinesco, 1999; Porter, 2008) Através de atitudes humanas, mas firmes, seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes e restituir-lhes, aos poucos, a razão. Termos como “repressão”, “intimidação”, “doçura” e “filantropia” passaram a ser incluídos no vocabulário técnico cotidiano e nos textos de Pinel. (Pereira, 2004) Os lunáticos, com Pinel, passam a ganhar evidência.

Pereira indica, no entanto, que a inovação pineliana não residiu na preocupação humanitária e filantrópica no tratamento dos pacientes, pois tal tendência já era observável antes de Pinel, com William Tuke e Haslam, na Inglaterra. Tuke já havia defendido anteriormente que a loucura era essencialmente ilusão, resultado de um erro nos processos intelectuais. (Porter, 2008) O que é revolucionário do trabalho do alienista francês era a associação da postura tolerante e humanista ao esforço *de estudar racional e metodicamente o fenômeno da alienação*. A partir de Pinel, as doenças mentais deveriam ser finamente descritas e tratadas. O fundamento de seu novo método era a observação prolongada de pacientes, seguida da ordenação da massa caótica de sintomas que se apresentam ao clínico. (Pereira, 2004, p.114; Pessotti, 1994,p.146)

Seu trabalho possibilitou uma especialização psiquiátrica dentro da medicina, a nosologia psiquiátrica foi revista e o termo “neurose” estabelecido. O tratamento tradicional de distúrbios psiquiátricos da época, composto por sangrias e medicamentos normais (como purgantes), foi gradualmente substituído pelo tratamento moral proposto por Pinel. A imobilização (recurso recorrente até então) também se tornou prática mal vista, pois os médicos argumentavam que instituições psiquiátricas bem projetadas e administradas não necessitariam fazer uso de contenção física dos pacientes. O louco finalmente poderia ser libertado das algemas e restituído à razão, indica Roudinesco (1999).

Vê-se, aqui, que Pinel procurou introduzir preceitos da medicina científica, já mencionados anteriormente, ao campo da psiquiatria, ao buscar localizar uma racionalidade e uma lógica da doença mental. Ao observar de forma metódica o paciente, seria possível criar uma teoria mais universal e, assim, possibilitar uma nosologia psiquiátrica com moldes mais próximos ao da medicina científica. Pinel, assim como havia feito Sydenham, passa a pesquisar a regularidade das doenças, compreendê-las racionalmente. São criados locais especiais de tratamento – primeiro os manicômios, depois os hospitais psiquiátricos. (Roudinesco, 1999) A loucura, separada das outras formas de desrazão (vadiagem, mendicância, etc), passou a ser considerada, a partir de Pinel, uma doença. O manicômio não seria apenas para segurar, mas para curar. Através de toda a Europa e a América do Norte, os governos aceitaram legislar e cuidar dos loucos, e, assim, uma nova psiquiatria emergiu para lidar com eles.

O último terço do século XIX, no entanto, é marcado por um profundo pessimismo, principalmente em decorrência do pouco avanço dos tratamentos psiquiátricos. O número crescente de pacientes crônicos se torna motivo de alarme. A promessa do asilo como um espaço de regeneração do doente mental se transforma num “caixote de lixo para abandonados” (Porter, 2008, pág. 260).

Embora os manicômios tivessem sido criados em nome da humanidade e do tratamento, na prática, acabaram por se tornar “museus de loucura”, abarrotados de pacientes incuráveis. Inicia-se uma discussão se haveria cura para as doenças mentais - o abarrotamento dos hospitais indicava que a recuperação não se dava como previsto. Além disso, o fato de não haver um suporte orgânico na etiologia das doenças corroborava para o descrédito da área.

Os diagnósticos eram realizados com base em relatos de vizinhos ou da família. Médicos procuravam por lesões, como preconizava a medicina de Paris, mas ficavam constantemente desapontados, pois os cérebros dos lunáticos raramente apontavam para alguma razão específica pela qual o paciente demonstrava sua mudança de comportamento. *A loucura era mental, não física.*¹⁴

¹⁴ Birman (2003) indica que o fato de não se encontrar uma lesão orgânica no cérebro dos alienados havia inicialmente possibilitado o fortalecimento das teorias de Pinel e Esquirol sobre a alienação ser fruto das paixões excessivas, necessitando, portanto, de tratamento moral. No

Esse é um embate e uma questão presente e muito relevante até os dias atuais. Inúmeras pesquisas são realizadas com intuito de conseguir “*ver*” e *localizar as doenças mentais no cérebro*. O fracasso de tal empreitada é por vezes tomado como uma impossibilidade técnica a ser reparada, à medida que os avanços tecnológicos ocorram. Terminologias como “disfunção cerebral mínima” - relacionadas a um comprometimento orgânico não identificado nos estudos neurológicos de rotina, mas cujos sintomas claramente afetam na qualidade de vida – são um bom indicativo desse olhar que busca o suporte orgânico. Quadros como o Transtorno de Déficit de Atenção e a dislexia, tão comuns na atualidade, fazem parte dessas “disfunções cerebrais mínimas” não identificáveis, mas compreendidas como manifestações decorrentes do funcionamento orgânico do corpo.

É como se, na ausência do suporte orgânico, a psiquiatria não tivesse credibilidade enquanto ciência médica, pois isso a tornaria incapaz de universalizar as patologias e de medi-las. Essa mesma questão aparecerá na psiquiatria infantil, como veremos no capítulo seguinte. Assim como a matemática assegura a objetividade e cientificidade das ciências exatas, a medição biológica do corpo e a localização das lesões orgânicas assegurariam a cientificidade das teorias em saúde. O desafio passa a ser o de articular um campo que tenta explicar a subjetividade ao mundo exato, das universalidades, para garantir o estatuto científico dos estudos sobre o funcionamento psíquico.

Vale dizer que as teorias sobre os processos psíquicos ficarão sempre entre posições que darão mais enfoque aos processos orgânicos ou aos processos subjetivos. Na contemporaneidade, uma série de pesquisadores visa a uma articulação mais profícua dos campos (vide Jerusalinsky, Golse, Lasnik), algo da influência entre a produção de subjetividade e o funcionamento orgânico.

Retomando nosso percurso histórico, o pessimismo em relação às teorias pinelianas fez com que a direção de trabalho da psiquiatria se voltasse novamente para a busca do molde anátomo-patológico, da medicina científica. Contudo, perante a dificuldade de achar marcadores biológicos, especificamente no cérebro,

entanto, o abarrotamento dos hospitais e a falta de comprovação da eficácia do tratamento moral fez com que a questão do suporte orgânico para a comprovação da existência da doença mental retornasse com força.

que permitissem uma explicação biológica das patologias mentais, diversos psiquiatras recorreram a explicações hereditárias dessas doenças (sem renunciar, no entanto, à procura de explicações anatômicas ou cerebrais). Essas explicações hereditárias baseavam-se na constatação de uma ampla variedade de patologias que podiam ser observadas nas diversas gerações de uma mesma família.

Roudinesco indica que a teoria de hereditariedade-degenerescência, que se impôs em diversos domínios do saber antes de desmoronar, em 1905, reduzia a doença mental a uma causalidade puramente orgânica¹⁵, anulando qualquer ideia de subjetividade. (Roudinesco, 2010)

A psiquiatria passou a se autorizar a “descobrir” a doença mental onde esta não havia sido suspeitada antes. Desse modo, o uso de bebida excessiva passa a ser medicado como alcoolismo, o abuso sexual como sodomia foi transformado pela psiquiatria em “neurose homossexual” e muitas outras perversões eróticas passaram a ser vistas como psicopatológicas. As crianças anormais, os “invertidos” (homossexuais) e outros “pervertidos” eram considerados mentalmente doentes e com frequência eram internados. A psiquiatria generacionista¹⁶ e seu racismo extraordinário foram denunciados por Freud e por outros teóricos da nova psiquiatria dinâmica a partir do séc. XIX.(Porter, 2008).

1.7 A psicanálise e a cura pela fala

A psicanálise trouxe a grande inovação terapêutica ao tratamento das doenças mentais do século XX – o tratamento pela fala. Freud descobre que, ao verbalizar o sofrimento, encontrar palavras para expressá-lo, o paciente, se não é curado, ao menos pode tomar consciência da origem do sofrimento e, portanto, assumi-lo. (Roudinesco, 2000) A partir da invenção freudiana, passa a ser possível tratar inúmeros indivíduos neuróticos que, no passado, teriam sido intratáveis e abandonados. A psicanálise avança onde a fisiologia se detém. Freud amplia o

¹⁵ Foucault dá exemplos em seu livro *Nascimento da clínica* sobre explicações pretensamente orgânicas dos distúrbios mentais, que hoje seriam totalmente invalidadas.

¹⁶ Psiquiatria degeneracionista: teoria psiquiátrica segundo a qual as taras e demências mentais seriam hereditárias – precursor da teoria eugênica

território científico e inclui os fenômenos da personalidade, do sentimento e do conflito humano na leitura dos processos mentais. (Winnicott, 2011) Propõe outros parâmetros de leitura que assegurassem uma pesquisa científica possível nos estudos dos fenômenos psíquicos, que não os de base anatômica.

Em 1893, no artigo “Um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas”, Freud desenvolve a ideia de que a etiologia da histeria não dependeria da conformação ou de perturbações do sistema nervoso. Reconhece no braço paralisado da histérica não uma lesão neurológica, mas sim uma “lesão da representação psíquica” de seu braço. Sustenta, em uma conferência no Clube Médico de Viena, que a gênese dos sintomas histéricos deveria ser procurada, portanto, no âmbito da vida psíquica. (Ocariz, 2003) Freud efetua, desse modo, uma ruptura com o pensamento da neurologia e da psiquiatria de sua época, propondo uma reestruturação dos campos, um novo saber psiquiátrico.

A psiquiatria passa então novamente por uma reorganização dos quadros nosológicos. As doenças e os distúrbios mentais ganham um outro olhar a partir da psicanálise, um outro quadro de leitura, que privilegiará os elementos pulsionais e inconscientes, os processos de defesa, e o funcionamento psíquico tal como proposto por Freud. Chamamos atenção ao fato de ser um “quadro de leitura”. Assim como outras leituras foram possíveis, como vimos na primeira etapa de nosso percurso, a psicanálise retoma, de certo modo, a ideia hipocrática de que a doença está intimamente vinculada ao indivíduo que dela padece. Não cabe mais combater a doença, em sua apresentação sintomática, e extirpar o sintoma para restituir ao sujeito sua condição de saúde, mas compreender o sintoma como uma construção na tentativa de cura, busca dos indivíduos por equilíbrio.

A concepção freudiana de sintoma marca assim a principal transformação que a psicanálise propõe em relação à clínica psiquiátrica de sua época. Afinal, recoloca-se a questão da procura por um marcador biológico para assegurar a cientificidade da área, pois se desloca o enfoque para os processos inconscientes na compreensão dos processos mentais.

Freud era um entusiasta da medicina e admirava os avanços técnicos. Para ele, não se tratava de uma questão dicotômica de negar ou aceitar a ciência, mas a

pesquisa e tratamento da saúde mental deveria ganhar um espectro mais amplo, tendo em vista a descoberta do inconsciente e suas formações. A metodologia de pesquisa e a prática clínica deveriam ser reformuladas em relação aos acometimentos decorrentes de sofrimento psíquico.

Em artigo de 1905, intitulado “Tratamento psíquico”, Freud indica que os médicos só haviam começado recentemente a dar valor aos tratamentos anímicos (*Seelenbehandlung*). Tal fato seria facilmente explicável tendo em vista os avanços da medicina nos últimos cinquenta anos. Após um “infrutífero período” de dependência da chamada filosofia da natureza, sob influência das ciências naturais, a medicina pôde fazer grandes progressos em curto espaço de tempo, tanto na qualidade de ciência como de arte.a

Como exemplo, Freud cita algumas descobertas: a construção do organismo em partículas microscópicas (células); a compreensão das funções químicas e físicas do corpo; as causas de muitos processos de adoecimento e o tratamento para tais, entre outros. Esses avanços, no entanto, dizem respeito exclusivamente ao funcionamento fisiológico humano. Como consequência, a medicina acabou, erroneamente (mas de modo compreensível, diz Freud), restringindo seus interesses pelo fisiológico e deixando para os filósofos tratarem da parte anímica. (Freud, 1905)

A relação entre alma e corpo ficou cindida e as prerrogativas de um funcionamento psíquico normal ficaram atreladas a um cérebro bem desenvolvido e alimentado. Qualquer perturbação desse órgão (cérebro) traria perturbações para o estado psíquico. A influência do psíquico sobre o corpo era “má vista” pelos médicos, pois eles sentiam que, se adentrassem nesse campo, estariam saindo do patamar da cientificidade, sugere Freud.¹⁷

¹⁷ Vemos aqui a atualidade do texto freudiano, parece que retornamos a esse ponto, onde a subjetividade do paciente parece ter que ficar fora da equação. Principalmente no caso das crianças diagnosticadas com TDAH, é raro que outros fatores sejam levantados com a criança acerca de sua agitação. A explicação biológica acaba por se tornar o fim último de qualquer tentativa de elaboração. Alunos se auto intitulam hiperativos, e justificam suas dificuldades e ações a partir desse título, como se ,para além disso, não houvesse nenhuma outra reflexão possível.

Freud ressalta que essa cisão havia, no entanto, se modificado, tendo em vista que, na prática médica, estavam surgindo uma série de processos de adoecimento não explicáveis (em vida ou em morte), apesar de todo o avanço da medicina científica. As queixas e os sintomas dos pacientes apelavam para a “arte” do médico, pois apareciam e desapareciam a seu bel prazer, migravam, fugiam a qualquer lógica patológica já conhecida. Pesquisas médicas então constataram que tais doenças seriam problemas no sistema nervoso. Denominaram-se essas condições como Nervosismo (Neurastenia, Histeria) e determinou-se que se tratavam de um problema puramente “funcional” do sistema nervoso. No entanto, as autópsias de pacientes com Nervosismo (*Nervosität*) eram inconclusivas e não demonstravam nenhuma alteração. Assim, surge o interesse médico sobre a natureza e a origem das manifestações patológicas dos doentes nervosos ou neuróticos, diz Freud.

A descoberta de que grande parte desses doentes era fundamentalmente afetada por sua vida anímica, e que era na influência da mesma que as causas para tais males deveriam ser buscadas, possibilitou que a cisão entre mente e corpo, até então existente, fosse reconsiderada – afinal, o psíquico se sobrepunha claramente, nesses casos, ao biológico, e não o contrário.

Freud ressalta que cotidianamente temos demonstrações da ação anímica sobre o corpo e que tal fato não deveria representar surpresa de nossa parte. Tomando-se as emoções como exemplo - os estados anímicos de um homem exteriorizam-se nas tensões e relaxamentos dos músculos faciais, na produção de secreções lacrimais nos olhos, nas modificações de seu funcionamento cardíaco e coisas afins. Estados de tristeza e preocupação abatem a nutrição do corpo, causam o embranquecimento dos cabelos, provocam alterações patológicas nas paredes sanguíneas. Do mesmo modo, sob a influência de pensamentos felizes e excitações mais alegres, vê-se o corpo desabrochar em sinais de juventude. Os afetos afetam os órgãos, e são capazes de moldar um corpo, produzir lesões orgânicas, afirma Freud (1905).

A comunidade científica sempre ficou muito confusa em relação às curas místicas/mágicas de determinados estados patológicos fundamentados no

“orgânico”¹⁸. Onde os médicos veem confusão, Freud acha um caminho. Teoriza sobre o poder da influência das palavras, vê na pessoa do médico uma das condições principais para promover, no doente, o estado psíquico propício à cura. (Freud, 1905)

Freud afirma que as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro. As palavras produzem modificações anímicas naquele a quem se dirigem. Deste modo, a magia das palavras pode eliminar sintomas patológicos, principalmente aqueles que se baseiam nos estados psíquicos. O tratamento psíquico constitui-se em um tratamento que parte da alma, mas que visa a intervir tanto em perturbações anímicas quanto físicas. (Freud, 1905 ; Costa, 2012)

Para a psicanálise, não se trata de apenas eliminar os sintomas, mas de escutá-los, de decifrá-los em sua função. Um sintoma psíquico não poderia ser qualificado apenas por uma “disfunção” – inclusive porque ele “funciona” ao alertar um incômodo. Ele é parte integrante daquele que dele sofre. Nesse aspecto, Freud retoma conceitos hipocráticos sobre os processos de enfermidade, ao recolocar o indivíduo na equação da doença.

Com Freud, o sintoma psíquico ganha estatuto de inerente ao próprio funcionamento humano na tentativa de buscar um equilíbrio, não tendo necessariamente um caráter patológico. Ou seja, o sintoma faz parte de uma tentativa de cura, de um laço, o sintoma fala e carece de ser escutado. O sintoma freudiano não é, portanto, correlato ao sintoma tal como visto na medicina. O sintoma para a psicanálise refere-se a uma operação, muito mais do que um sinal patológico de uma doença. O sintoma faria parte do próprio funcionamento humano na tentativa de buscar um equilíbrio, não tendo necessariamente um caráter patológico.

Uma suposta “disfunção” não caracterizaria um sintoma (como a medicina atual opera) - pelo contrário, poderíamos falar de manifestações sintomáticas

¹⁸ No Brasil, podemos dar o exemplo de João de Deus – milhares de pessoas visitam anualmente sua chácara na região de Goiás, a fim de tentar uma cura espiritual. É fato, que muitas tem uma melhora significativa, senão o completo desaparecimento das patologias. Seu tratamento espiritual ficou tão conhecido, que recebeu a visita da famosa apresentadora Oprah Winfrey há alguns anos atrás.

normais, fruto da elaboração das questões edípicas, referentes a processos de subjetivação. O sintoma psíquico trataria de outra coisa e teria uma função fundamental¹⁹. Ao invés de procurar extirpá-lo, seu intuito era o de dar voz ao sintoma. Ele reconhecia no sintoma um laço, um compromisso, uma tentativa de elaboração, uma fala, uma subjetividade pulsante.

A despeito do extenso trabalho freudiano, ainda hoje há muita resistência à ideia de que nossa vida psíquica teria influencia tamanha em nossos corpos e em nossas vidas. Principalmente nas últimas décadas, com o surgimento de novas drogas que amenizam os sintomas psíquicos e de maciça pesquisa neurocientífica e biológica, as teorias sobre o inconsciente foram postas em cheque. O discurso psicanalítico tem perdido cada vez mais espaço para teorias e práticas que enfocam explicações predominantemente organicistas da doença e de tratamentos medicamentosos, que se pretendem mais eficazes e rápidos. (Roudinesco, 2010)

1.8 Os remédios e as doenças mentais – a desvalorização da psicanálise

A descoberta de psicofármacos modifica novamente a paisagem das doenças mentais no século XX. Novas drogas psicotrópicas, como os neurolépticos e o lítio, foram disponibilizadas após 1950 e tiveram excepcional sucesso na estabilização do comportamento dos doentes mentais. A introdução dos psicotrópicos no tratamento de pacientes mentais permitiu que os manicômios fossem gradualmente esvaziados e os tratamentos bárbaros e ineficazes substituídos pela redoma medicamentosa. (Roudinesco, 1999) As novas drogas possibilitaram que os pacientes deixassem o ambiente abrigado, mas entorpecido, do hospital psiquiátrico. (Porter, 2008)

Roudinesco (1999) indica que os neurolépticos devolveram a fala ao louco, permitindo sua reintegração na sociedade e, em parte, sua liberdade. Os ansiolíticos e os antidepressivos forneceram aos neuróticos e aos deprimidos uma tranquilidade maior, por eliminarem sintomas mais dolorosos do sofrimento

¹⁹ Retomaremos o tópico de forma mais aprofundada no terceiro capítulo.

psíquico. Mais ainda, sua introdução permitiu retomar o otimismo em relação às doenças mentais, pois agora a estabilização e uma temporária organização possibilitada pelos psicofármacos tornou possível que se vislumbrasse algum tipo de tratamento terapêutico possivelmente mais eficaz. Embora não cure nenhuma doença mental ou nervosa, ao suspender ou ao menos acalmar temporariamente sintomas em situações de crise, o psicofármaco viabiliza a contenção do paciente sem necessitar de camisas de força, lobotomias ou algemas.

O medicamento, utilizado como forma de restituir um apaziguamento ao paciente, é mais aceitável socialmente do que a contenção física. Para retomar o tema que impulsiona nossa pesquisa, é mais socialmente aceito medicar uma criança e tentar controlar sua superexcitação motora (presente na hiperatividade) por meio da operação química do que conter a criança fisicamente. O alívio quase imediato que promove, tanto para o paciente quanto para seu entorno, é indiscutível. (Roudinesco, 1999) Deste modo, é compreensível que a utilização dos psicofármacos tenha se tornado prática cada vez mais popular e, nos dias atuais, seja utilizado como ferramenta importante de tratamento.

Curiosamente, o inventor dos primeiros psicofármacos, Henri Laborit, acreditava que o futuro da farmacologia era pouco promissor e possivelmente desapareceria. Afirmou que os psicotrópicos haviam tornado a sociedade em que vivemos um pouco mais suportável, mas não via na psicofarmacologia a solução para todos os problemas. (Roudinesco, 1999) Laborit era ciente de que, uma vez interrompido o uso da medicação, a sensação de “calma” ou de entorpecimento em relação ao sofrimento psíquico também cessava. A medicação era um paliativo e não um tratamento que visava a cura.

A psicofarmacologia, ao contrário do que Laborit supôs, ganhou cada vez mais espaço. Nos anos de 1980, observa-se um processo de exacerbação de sua função e uma desvalorização dos tratamentos inspirados na psicanálise, indica Roudinesco (1999).

Toda terminologia elaborada até então pela psiquiatria e pela psicanálise, calcada nos conceitos de psicose, neurose e perversão, foram sendo gradualmente substituídas pela noção frouxa de distúrbio e desordem, devido a uma valorização dos aspectos físico-químicos dos transtornos mentais. (Roudinesco, 1999). Além

disso, o enfoque terapêutico passa a ser muito mais da ordem da estabilização do paciente, com a remissão de seus sintomas, do que da busca por uma cura.²⁰

De fato, este fora um movimento iniciado a partir de 1952. A evolução dos DSM (Diagnostic and Statistical Manual) é um bom indicador de como o olhar acerca das doenças mentais foi ganhando outras leituras nosológicas. A primeira edição do manual (DSM), publicada em 1952, continha cento e trinta páginas e listava em torno de cem quadros patológicos. Levava em conta as conquistas da psicanálise e da psiquiatria dinâmica. Nele, os distúrbios mentais eram vistos como decorrência da história inconsciente do sujeito, de sua relação com o meio social e de seu lugar na família. Havia uma clara preocupação com a etiologia das doenças mentais. O prognóstico e a direção de tratamento eram ambos baseados em teorias que discutiam a gênese das doenças mentais.

O tratamento consistia, em muitos casos, na associação do tratamento pela fala com o medicamento. *A noção de causalidade orgânica não era desprezada, mas o fator cultural e existencial eram mais relevantes.* (Roudinesco, 1999) A psicanálise e a psiquiatria eram campos que dialogavam, e muitos psiquiatras faziam formação psicanalítica como parte essencial de sua prática.

Roudinesco aponta que, com o tempo e o desenvolvimento de uma abordagem calcada em critérios de rentabilidade e eficácia, a clínica e o manual foram submetidos a uma revisão que progressivamente foi excluindo o sujeito da cena. (Roudinesco, 1999) A psicanálise foi perdendo cada vez mais lugar, criticada por ser um tratamento muito oneroso e demorado, e as teorias biológicas e neurocientíficas adentraram cada vez mais as pesquisas psiquiátricas.

As novas máquinas de análise cerebral (permitindo tomografia computadorizada, análise de áreas de funcionamento cerebral específica) representaram também grande impacto na mudança de enfoque dos estudos psiquiátricos. Aqui, vê-se ressurgir novamente a promessa de uma psiquiatria mais adequada aos moldes da medicina científica. Arelado à eficácia dos medicamentos na remissão dos sintomas, acaba-se por questionar as teorias do funcionamento do inconsciente humano.

²⁰ O trabalho com pacientes psicóticos reitera essa direção clínica, observada principalmente ao início do século XX.

A psiquiatria, nesse processo, se distanciou da clínica (os escritos clínicos da psiquiatria francesa da década de 50 são impressionantemente sensíveis). Tornou-se uma prática híbrida, de um saber psiquiátrico inteiramente dominado pela medicação e pelas neurociências, critica Roudinesco (1999). Atualmente, a etiologia das doenças é explicada por uma visão predominantemente orgânica no DSM. Frente a essa situação, o tratamento medicamentoso tornou-se praticamente imperativo, uma vez que só ele poderia dar conta do orgânico disfuncional. Afinal, se a doença é entendida como decorrente de disfunção físico – química, assim como no caso das doenças na medicina geral, entende-se que será o reequilíbrio químico que promoverá a melhora do estado.

As versões posteriores ao DSM I procuraram abrir mão da discussão da etiologia dos acometimentos mentais para universalizar a linguagem do campo, pois se buscava uma padronização dos critérios diagnósticos. Ademais, a questão etiológica das doenças mentais era bastante controversa frente a inúmeras teorias divergentes - com o fim de unificar a linguagem psiquiátrica, pareceu necessário deixar o incerto de lado para escrever apenas o que era comum a todos; a dizer, o comportamento.

Afinal, quanto à observação comportamental e à descrição de sintomas, haveria menos espaço para questionamentos – e assim, seria possível contornar as críticas que apontavam a psiquiatria como um campo da medicina obscurantista, atrasado e que não possuía rigor científico. As únicas etiologias aludidas nos manuais posteriores à primeira edição do DSM (e em particular, a partir do DSM 3), referem-se aos transtornos de etiologia orgânica – como a psicose alcoólica, por exemplo. Qualquer outra teoria etiológica deveria ser deixada de fora do manual.

Desse modo, com o enfoque calcado principalmente no comportamento sintomático dos pacientes, as terapias se reduziram a uma simples técnica de supressão dos sintomas. As entidades clínicas foram abandonadas por uma caracterização puramente sintomática dos distúrbios, apagando qualquer traço mais singular da doença mental. (Roudinesco, 1999)

Podemos afirmar que a história da psiquiatria é marcada por um movimento pendular que ora valoriza os aspectos biológicos, ora enfatiza os aspectos psico-sociais na compreensão dos fenômenos mentais.

1.9 Medicação e mal estar

O uso de medicamentos e as ciências do cérebro *em si* não se opõem ao tratamento pela fala. Em princípio, deveria ter-se mantido um equilíbrio entre o tratamento por psicotrópicos e a psicanálise, como bem alerta Roudinesco (1999). Freud chegou a conceber o processo psíquico tendo um suporte neuro-hormonal²¹. Além disso, em algumas de suas obras, vislumbrou a panaceia de medicamentos que dariam conta de todas as dores e dificuldades. (Melman, 2008) Diz Freud:

“Talvez o futuro nos ensine a influir de forma direta por meio de substâncias químicas específicas sobre os volumes de energia e suas distribuições dentro do aparato psíquico.”(Freud, 1940[1938],p.182.

A cisão de ambos os campos pode ser atribuída a uma mudança no olhar sobre os remédios e sobre as doenças, fenômeno que produziu um deslocamento da demanda. Não só psiquiatras e psicólogos, mas os próprios pacientes passaram a exigir que seus sintomas psíquicos fossem explicados por uma causalidade orgânica. Roudinesco (1999) afirma que:

“O poder dos remédios do espírito é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria ideia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha” (Roudinesco, 1999, pág.30).

Podemos observar, na contemporaneidade, uma alteração do que é esperado de um tratamento. Mais do que a busca por uma cura, objetiva-se aliviar o

²¹ Cabe aqui dizer que existem muitos neurologistas que se utilizam da teoria psicanalítica em seus estudos. A psicanálise não foi “extirpada” do mundo científico. Queremos contudo ressaltar o fato da psicanálise ter perdido gradualmente espaço a partir de 1950/1960 para outras teorias, que concebem o funcionamento mental de modo muitas vezes antagônico.

sofrimento, promover a remissão dos sintomas, evitar a angústia para, assim, poder retomar a vida “normal” de trabalho e sociabilização.

Freud (1930) indica que, a fim de suportar a dureza da vida – cheia de sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis - muitas vezes recorremos a medidas paliativas. Ele prevê três possíveis medidas frente ao sofrimento: extrair luz de nossa desgraça, por meio de derivativos poderosos; encontrar alívio em satisfações substitutivas, que diminuem o sofrimento; e utilizar substâncias tóxicas que nos anestesiaram em relação a angústia.

Os psicofármacos compõem essa terceira vertente, que torna os homens insensíveis em relação ao seu próprio sofrimento, como uma dispensa temporária em relação à existência. Alterando nossa química corporal e influenciando nosso corpo, os novos medicamentos, sob autorização legal, aceitos pela sociedade e indicado pelos médicos, permitem que os indivíduos tenham essa via extremamente viabilizada. O corpo que sofre e indica sofrimento é acalmado; cindindo assim o corpo e aquilo que lhe acomete – a dizer, o psíquico. Comportamentos são temporariamente normalizados, sintomas são eliminados, sem que seja necessário buscar-lhes significação. O remédio dificulta, assim, o processo de elaboração subjetiva, pois se tampona o mal-estar e as dificuldades, ficam latentes, quietas, porém não elaboradas.

Muitos sofrimentos psíquicos “normais”, ou seja, que são pertinentes às vicissitudes da vida, vêm sendo administrados através de remédios. Os pacientes muitas vezes procuram esse alívio no remédio, acreditando que encontrarão um reconforto na dificuldade da vida. No entanto, a droga não traz, em sua maioria, o alívio que o indivíduo buscava, afinal “O ser humano não se cura da vida” (Ocariz, 2003). O sofrimento é parte da condição de estar vivo, e nenhum remédio pode anulá-lo para sempre.

O aspecto “socialmente autorizado” que o remédio ganhou nos últimos tempos para a administração dos sofrimentos psíquicos parece um bom caminho para compreender a questão do aumento do uso de medicação psiquiátrica, inclusive para o público infantil. Não raro, vemos antidepressivos sendo recomendados para pessoas em luto e ansiolíticos para os que se encontram em um período conturbado da vida. Se, há duas décadas, isso representava um certo

estigma social – as pessoas se envergonhavam e escondiam qualquer necessidade de medicação – isso atualmente já não ocorre mais com a grande maioria dos medicamentos. Aparte de antipsicóticos, os antidepressivos, os estimulantes e os calmantes são medicações comuns do vocabulário e da prática cotidianos.

Os psicofármacos, em si, não são o problema, mas se eles vêm unicamente no lugar de tamponar a questão, de impedir que os impasses apareçam, isso é grave, principalmente se há crianças envolvidas. A banalização do uso de medicação para tratar dificuldades que são próprias da vida social e incontornáveis da existência, constitui um olhar que terá efeitos reais sobre futuras gerações. Afinal, o aprendizado, o desenvolvimento, só é possível através da elaboração frente aos impasses da vida. Desenvolveremos esse ponto no último capítulo.

Tendo a discussão até aqui apresentada em mente, iniciaremos nosso segundo capítulo realizando um enfoque histórico-analítico sobre infância especificamente. Veremos como os tratamentos dirigidos a essa etapa da vida foram influenciados pelas concepções apresentadas nesse primeiro capítulo, mas que também percorreram outros caminhos para sua constituição.

Buscamos delinear, neste primeiro momento, como o olhar clínico foi se alterando ao longo da história da medicina, retirando a subjetividade e a particularidade do caso para a compreensão nosológica das doenças e para a confecção diagnóstica. Vimos como essa direção de trabalho, de objetificar e universalizar o diagnóstico constitui um impasse para o campo da saúde mental.

2. A criança e seus cuidados

A atual preocupação com a criança e sua saúde constitui fato recente em nossa história. Durante séculos, as crianças não tiveram acesso a nenhum tratamento de saúde específico, seja ele médico ou psíquico. (Badinter, 1985; Zornig, 2008)

Se na atualidade discute-se nas mídias e através da vasta produção literária sobre a saúde e a doença na infância, deve ser ressaltado que isso é característico da modernidade em diante.

Uma medicina infantil propriamente dita se constituiu somente no século XIX. Embora várias doenças infantis já tivessem sido detalhadamente descritas pelos médicos, as crianças raramente recebiam tratamento. Badinter indica que as doenças infantis eram consideradas “inferiores” e por isso as crianças eram normalmente relegadas aos cuidados das mulheres e das curandeiras. (Badinter, 1985)

Os médicos achavam mais difícil tratar as crianças do que adultos. Como vimos, durante séculos, a principal, senão única, ferramenta do exame clínico era o relato do paciente. Por não falarem quando pequenas, ou terem mais dificuldade de se expressar do que os adultos, a avaliação médica das crianças ficava comprometida. (Badinter, 1985)

No campo específico da psiquiatria infantil, não havia prática que pudesse ser assim denominada até o início do século XX²². Embora alguns atribuam as raízes da psiquiatria infantil às experiências pedagógicas²³ realizadas séculos antes com crianças deficientes mentais, cegas e surdas, *a clínica psiquiátrica infantil, com conceitos e métodos próprios, só se estabeleceu a partir da década de 30.* (Cirino, 2001)

²² Ver in Kanner, 1971 ; Ajuriaguerra, 1980; Bercherie, 1983 ; Cirino, 1980.

²³ Como por exemplo o faz Assumpção (1995), usado também como referência em nosso trabalho.

A relativa demora no surgimento de tal campo e disciplina, em comparação aos outros campos terapêuticos e científicos, deve ser primordialmente atribuída ao lugar social e econômico que a criança ocupou ao longo da história. A ideia ou visão da criança, e os cuidados que devem a ela ser dedicados, não foram sempre os mesmos, constituindo-se em produção relativamente recente.

A psiquiatria e a medicina infantis são especialidades jovens e foram se construindo em conjunto com a própria noção de infância. A história dos cuidados com a criança só poderá ser, por esta razão, compreendida em conjunto ao processo histórico que a circunda. (Assumpção Jr.,1995; Badinter, 1985)

2.1 O nascimento da infância

A contemporaneidade entende a criança como um ser diferente do adulto, não só pela diferença de idade e de maturidade, mas pela existência de certos comportamentos e desenvolvimentos típicos de sua existência. Dada a sua complexidade, o limite que separa a criança do adulto vai muito além do quesito rígido da idade. A compreensão dessa fronteira de transição está intimamente ligada à cultura, ao momento histórico e aos papéis determinados pela sociedade, assim como à classe social-econômica em que estão inseridas a criança e a sua família. Buscaremos traçar as linhas gerais dessas mudanças ocorridas na percepção da infância até os tempos modernos.

Durante muitos séculos, a infância representou um período muito curto, sem especificidades. Até o século XVII, as famílias depositavam pouca atenção aos cuidados com a criança, não havendo nenhuma preocupação no sentido de educar os filhos e de formá-los saudavelmente. (Phillipe Ariès,1981) Nas famílias mais abastadas, muitas crianças eram entregues, após o nascimento, às amas de leite²⁴. As mães não se dedicavam às crianças, seja porque tinham outras ocupações ou porque eram suficientemente ricas para evitar o fardo da

²⁴ Badinter relata que algumas amas de leite deixavam de amamentar os próprios filhos, para serem remuneradas amamentando os filhos dos outros.

amamentação. (Donzelot, 1980) Em famílias trabalhadoras, com o aparecimento das primeiras modificações físicas (capacidade de falar, andar, coordenação motora) e o surgimento da capacidade mínima de trabalho, o indivíduo em questão passava a ser visto como jovem, e assim tratado, de modo que se misturava com o restante da população adulta. Isso incluía o trabalho pesado na lavoura, junto com os pais. Tomado como um “pequeno adulto”, que executava as mesmas atividades dos mais velhos, a criança não carecia, portanto, de cuidados diferenciados. (Ariès, 1981; Badinter, 1985).

Nesse longo período histórico que precede o século XVI, a aprendizagem foi garantida, em grande parte, pela convivência da criança ou do jovem com os adultos. As crianças, pobres ou ricas, eram enviadas para a casa de outras famílias, onde aprendiam trabalhos domésticos e valores humanos. A transmissão de valores e de conhecimento não vinha, desse modo, do núcleo familiar ou da instituição escolar. O saber e as experiências práticas, assim como as trocas afetivas e as comunicações sociais, eram vivenciados fora do ambiente da família genitora, de modo que não se criava o vínculo entre pais e filhos. (Ariès, 1981)

A função da família era social e não sentimental, indica Ariès. O compromisso dos genitores com a sociedade era o de assegurar a transmissão da vida, dos bens e do nome. Dava-se pouca ou nenhuma atenção ao vínculo afetivo, relevante no modelo familiar da atualidade. A prática de infanticídio era uma demonstração da pouca relevância do afeto entre pais e filhos. Os pais decidiam sobre a vida e a morte de seus filhos (de acordo com o interesse da sociedade na qual estavam inseridos). Muitas crianças eram abandonadas porque os pais não tinham condição de sustentá-las. Os índices de mortalidade infantil eram muito altos, devido, em grande parte, às precárias condições de vida. Poucas crianças “vingavam” e chegavam à idade adulta. Zornig indica que a morte das crianças era sentida com tristeza, mas “sem o desespero e o luto que sentimos pela perda de alguém insubstituível.” (Badinter, 1985; Ariès, 1981; Zornig, 2008) Isso implica dizer que o valor simbólico das crianças antigamente era radicalmente diferente da contemporaneidade. Isso não quer dizer, no entanto, que o amor estivesse sempre ausente, mas que a existência de sentimento entre cônjuges, entre pais e filhos não era condição para a existência ou o equilíbrio da família – se existisse, tanto melhor. (Ariès, 1981)

Em um movimento iniciado no século XVI, cujo auge culminaria na Revolução Francesa, começa-se a conceber que as crianças não estavam preparadas para entrar na vida adulta e que deveriam seguir, deste modo, um regime especial. Ariès denomina essa apreciação do reconhecimento de particularidades das crianças que criam um vínculo em relação ao mundo adulto como “sentimento de infância”, que será característico principalmente da modernidade. O autor alerta, no entanto, que o “sentimento de infância” não é sinônimo de afeição pela criança, mas se refere à consciência da particularidade infantil, o que distingue, essencialmente, a criança do adulto. (Ariès, 1981)

A partir do fim do século XVII, com o advento da escola como meio de educação e de aprendizagem, as crianças foram retiradas do convívio dos adultos e passaram a ter uma espécie de “quarentena” (a dizer, na escola), antes de ingressarem no mundo adulto. Ficou convencionado que a escola seria a transmissora de conhecimento, sendo um instrumento de disciplina severa, protegida pela Justiça e pela política. Dessa maneira, a família e a escola retiraram a criança da sociedade dos adultos e confinaram a infância, outrora livre, num regime disciplinar rigoroso que, nos séculos XVIII e XIX, resultaram no enclausuramento em internatos. Essa visão, no entanto, só prevaleceu nas famílias mais abastadas, pois as crianças pobres, como infelizmente o são até hoje, eram submetidas a trabalhos pesados – na lavoura, posteriormente nas fábricas, nas chaminés, nos navios.

No século XVIII, a simples presença e existência da criança tornaram-se dignas de preocupação. Ela havia assumido um lugar central dentro da família, assim como será observado até a contemporaneidade. Foi nessa época que a casa perdeu o caráter de lugar público que possuía. Até o século XVII, a vida era vivida em público, não existindo quase nenhuma privacidade. Crianças, adultos, senhores e criados viviam misturados uns com os outros.

A família do século XVIII tornou-se uma sociedade fechada. Para Ariès, o sentimento de família e a sociabilidade não eram compatíveis, e só iriam se desenvolver um a custa do outro. Para a família se sobressair como unidade identitária básica, a convivência social perdeu importância. Surge, assim, a família nuclear, composta por pais e filhos, gerada dentro dos padrões da cúria religiosa.

2.1.1 A criação da família moderna

A família moderna emerge da necessidade de privacidade e também de identidade. Os membros desta se unem pelo sentimento, costume, gênero e vida. Com as mudanças nas relações que se estabeleceram, a criança passa a ter um papel central nas preocupações da família e da sociedade. Ela passa a ser vista como indivíduo social e produtor de cultura.

Foi na ascensão do capitalismo e dos ideais da burguesia que os valores individuais e da criança passaram a adquirir maior destaque, pois a partir de então, cabia a cada um ser capaz de construir seu lugar e destino no mundo (Cirino, 2001). A maior mobilidade social do capitalismo erodiu as instituições feudais que baseavam o valor social do indivíduo pela posição social de seus pais. O indivíduo podia transformar sua realidade através do trabalho.

A possibilidade de mobilidade social não significou que o status dos pais fosse irrelevante para o sucesso dos filhos. O burguês, que acumulava capital, tentava assegurar a manutenção desse acúmulo de riqueza para as próximas gerações com a educação de seus filhos. A educação, que era até então diletantismo dos nobres, passou a ser ferramenta de trabalho.

A Reforma Protestante constituiu importante fator para a difusão da educação como um valor. Essa nova concepção religiosa defendia que o fiel deveria ser alfabetizado, para poder ler a Bíblia sem intermediários. Conhecer a palavra de Deus passou a ser um dever de todo crente. Até então, a Igreja centralizava o conhecimento religioso, e a esmagadora maioria dos fiéis era analfabeta.

Ariès demonstra que o novo sentimento de infância, iniciado a partir do século XVII, é “totalmente solidário com um novo ideal educativo, construído de modo a atender às exigências político-sociais de uma burguesia nascente”. (Guarido, 2007) O autor atribui à necessidade de se criar mão de obra qualificada e ao movimento iluminista, um reposicionamento em relação aos primeiros anos de vida dos indivíduos. Se antes eles eram apenas pequenos adultos, imperfeitos ou símbolos de pureza, agora serão tomados como seres que necessitam cuidados, para que se moldem da maneira correta, mais proveitosa. A saúde, a educação e o

bem-estar da criança passaram a ser responsabilidade do Estado e da família, pois eles deveriam zelar pelo futuro da nação e do patrimônio de seus pais.

Vorcaro afirma que na modernidade a criança tornou-se “o lugar próprio para a aposta no futuro da civilização”. Através de uma série de cuidados, passou-se a buscar a prevenção de todos os riscos, superar os efeitos danosos do meio familiar, com o fim de otimizar suas potencialidades e permitir um desenvolvimento eficaz da criança. Desse modo, seria possível assegurar o futuro da civilização e garantir a ordem social. (Vorcaro, 2011) Diz Vorcaro:

“É o que faz da criança uma valência futura – representação que resgata o que não foi possível realizar no passado, projetada para o futuro do adulto ideal, que no narcisismo dos pais, encontra sua singularização. Como atestou Freud: ‘Enfermidade, morte, renúncia ao gozo, restrição da vontade própria não haverão de ter vigência para a criança: as leis da natureza e da sociedade haverão de cessar diante dela, e realmente deve ser o novo centro e o núcleo da criação.’” (Freud, 1992, p. 88 in Vorcaro, 2011, p.220).

A criança só pode passar a ser pensada como objeto de teorização de práticas educacionais, higiênicas e científicas a partir do reconhecimento da infância como etapa do desenvolvimento. A criação de uma educação burguesa trata-se de um projeto claro de harmonizar a criança para preparar o adulto a fim de moldá-lo aos ideais da burguesia em ascensão. (Cirino, 2001)

O saber que se constituía sobre a normalidade e a patologia, o desenvolvimento, suas etapas e condições, será realizado a partir do nascimento da “criança moderna”. Essa criança é primordialmente escolar, como bem indica Kupfer (2001).

Deste modo, veremos como a educação e a medicina se uniram em prol da saúde da criança, a partir da modernidade, constituindo planejamentos de saúde, formulando hipóteses sobre o que “estragava e deturpava” o desenvolvimento infantil. O saber sobre a criança se constituiu muito mais sobre essa premissa, do que a partir da questão de uma patologia a ser definida (como no caso dos adultos).

Se a psiquiatria do adulto nasce da medicina, a psiquiatria infantil se constituirá a partir das construções da pedagogia, da educação e da psicanálise. Bercherie indica que apenas após as teorias infantis terem surgido, e assim o

estatuto de “criança” ter sido moldado, uma psiquiatria infantil, com conceitos próprios, foi possível. Afinal, para identificar uma patologia, é necessário ter algum parâmetro do que era uma criança normal e o que deveria se esperar dela. Retomaremos mais adiante a discussão.

Antes parece necessário mostrar um dos elementos chave da mudança de posição religiosa e filosófica em relação à figura da criança. Este tem grande impacto nas construções médicas, pedagógicas e educacionais até os dias de hoje.

2.2 Santo Agostinho versus Rousseau – a mudança de um paradigma

Até o século XVII, a filosofia e a teologia manifestavam verdadeiro medo da infância. A teologia cristã, na pessoa de Santo Agostinho (354-430), elaborou uma “imagem dramática da infância”, que influenciou o pensamento ocidental séculos a fio. Santo Agostinho acreditava numa maldade original do homem; a seu ver a alma das crianças não era inocente²⁵, devendo ser moldada através de adestramento educativo e moral.

A maldade seria a verdade das crianças antes de serem educadas – a criança representava o símbolo de nossa corrupção, aquilo que nos condenava e que deveríamos nos lembrar. Para se redimir desse estado negativo e corrompido, teríamos que passar por uma luta penosa contra a infância. Santo Agostinho indicava que a educação das crianças deveria ser totalmente repressiva, bem como contrária aos seus próprios desejos. (Badinter, 1985; Cirino, 2001)

Badinter (1985) indica que o pensamento agostiniano reinou por muito tempo na história da pedagogia. Até o fim do século XVII, havia uma atmosfera de dureza na família e nas novas escolas. Os pedagogos, em geral mestres em teologia, recomendavam aos pais a frieza em relação aos filhos, alertavam que atitude materna de mimos e tolerância deveriam ser combatidas. A finalidade da

²⁵ Santo Agostinho partiu dessa ideia ao observar uma criança com muito ciúme e inveja em relação ao irmão mais novo. Referência pode ser encontrada em Santo Agostinho, 1984, p. 14 e 15)

educação era salvar a alma do pecado e, por isso, medidas extremas seriam muitas vezes necessárias. (Badinter, 1985). Podemos inferir, a partir desta ideia, que toda manifestação mais “estranha” da criança, era compreendida em termos de desvios da alma, de maldade intrínseca (e não como uma disfunção cerebral ou sintoma psíquico).

Essa concepção dominante da infância na pedagogia e na teologia do século XVII terá seu primeiro contraponto com Descartes. De acordo com o pensamento cartesiano, a infância era compreendida como um período de fraqueza do espírito. A infância não será vista como período em que reina o pecado, mas sim o erro. Por se encontrar sob total dependência das impressões advindas do corpo, a criança se guiaria pelas sensações de prazer e dor. Como seu pensamento não passa de um magma de ideias confusas, careceria de capacidade de discernimento e crítica, estando, deste modo, condenada ao “erro perpétuo”. (Badinter, 1985; Zornig, 2008)

Descartes atribuía à infância a causa dos erros dos adultos²⁶ - afinal, as opiniões adquiridas na infância marcavam profundamente o homem, e seria preciso toda uma vida para eliminar os maus hábitos. No entanto, em sua maioria, os homens não estariam em condição, “por sua falta de caráter e inteligência”, de se livrarem de sua infância. Tivesse o homem o pleno uso da razão, desde o nascimento, poderia alcançar o saber pleno. (Badinter, 1985) Vemos que, mesmo em Descartes, a ideia de que o homem precisa se livrar de sua infância para se tornar um homem digno, permanece.

Para o povo em geral, indica Badinter, sem negligenciar as influências dos intelectuais, teólogos, filósofos e pedagogos da época, a criança não era percebida como o mal ou o pecado, mas como um estorvo. (Badinter, 1985). Essa imagem negativa da criança começa a tomar outros formatos no século XVIII.

Oscar Cirino indica, em seu livro *Psicanálise e Psiquiatria com crianças*, como devemos principalmente ao trabalho de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) o enfoque moderno de atribuir particularidades da infância no modo de ver, pensar e sentir. Em *Emílio ou da Educação*, Rousseau escreveu, sob a forma de romance,

²⁶ Deste modo, poderíamos dizer que Descartes migrou a teoria de Santo Agostinho da alma má das crianças, para um ser desprovido de razão.

o primeiro manual para educadores da modernidade - traçando linhas gerais que deveriam ser seguidas, com o fim de se produzir um adulto bom, e que permeiam até hoje os textos educativos. Rousseau criou uma escola de pensamento que influenciou profundamente alguns dos principais pensadores da Educação de nossos tempos, como Piaget e Pestalozzi. Seus princípios visavam evitar que as crianças se tornassem más ou disfuncionais. Rousseau foi responsável em grande parte pela divisão das etapas da vida humana em fases distintas.²⁷ (Cirino, 2001)

Para Rousseau:

“Não há perversidade original no coração humano. Não se encontra nele um só vício de que não possamos dizer como e por onde ele entrou.” (Rousseau, 1999, p.90)

Rousseau se opõe ao pensamento agostiniano, pois concebia a criança a partir de uma visão mais angelical (e assexuada). A educação passa a ter a função de reconhecer as particularidades de cada etapa da vida e visar a duas metas – o desenvolvimento das potencialidades materiais da criança e o seu afastamento dos males sociais. A natureza humana, por ser maleável e mutante, na visão de Rousseau, poderia ser educada e aperfeiçoada e não apenas instruída. O “mal” passa, a partir de Rousseau, a ser produto do social, de uma má educação que pode ser inclusive diagnosticada (retomando a frase acima, a “entrada” do vício pode ser identificada). Se, com Santo Agostinho, cabia interceder, por meio da moral e dos costumes, para salvar as almas, com Rousseau, elas devem não ser “estragadas”.

Esse ideal passa a fundar todo o olhar que então dirigido à criança em seu desenvolvimento – normal ou anormal. A saúde e a educação da criança passam a ser fundamentais na busca de se produzir um adulto bom. O Estado, a família e a escola devem assegurar as condições para que isso ocorra. A criança passa a ser “o pai do homem”, como bem proferiu William Wordsworth (1770-1850). (Cirino, 2001) Esse novo olhar foi fundamental para que a saúde e a educação da criança

²⁷ Rousseau concebia cinco fases de formação da vida: idade da natureza (do bebê ao *infans* – que ainda não era capaz de falar); idade da natureza (duas idades da natureza?)(2-12, à qual se referia como *puer*); idade da força (12-15), idade de razões e paixões (15-20) e idade da sabedoria e do casamento (20-25). É impressionante que muito dessa divisão se manterá até hoje. Rousseau faz uma ressalva, dizendo que, na língua francesa, o *infans* irá designar uma fase que já possuiria outro nome.

estretassem cada vez mais seus laços, estabelecendo uma relação muito próxima. A educação “correta” promoveria o bem estar, o bom, o adulto produtivo, como acreditamos até hoje.

Importante ressaltar, no entanto, que o pensamento de Santo Agostinho não foi completamente abolido e, em diversas práticas educacionais, pode-se identificar o “adestramento” e a “repressão das maldades infantis” como direção de trabalho.

Pode-se afirmar que todas as práticas educacionais giram em torno dessas duas concepções da criança – a angelical, que pode ser estragada ou bem moldada, ou a perversa, que deve ser adestrada. Tendo essa discussão como pano de fundo, veremos como o olhar médico e o familiar foram se alterando em relação às crianças.

2.3 Os livros médicos e o nascimento dos tratamentos médico-pedagógicos

No século XVIII, surgem na Europa os primeiros livros e artigos sobre a criança, produzidos principalmente por médicos. Essa produção literária²⁸ expunha, simultaneamente, uma doutrina médica e conselhos educativos para os pais e representam o primeiro movimento que torna a educação da criança um problema e uma preocupação social, presentes até os dias de hoje. (Assumpção Jr., 1995, p.18, Donzelot, 1980, p.30).

A partir do século XVIII, os textos produzidos pelos médicos constituem, simbolicamente, o destaque que a criança passa a adquirir socialmente, digna de cuidados específicos, afetos e atenção. Além disso, introduziram a figura do médico como parte relevante na educação das crianças.

²⁸ Ver in Des Essartz – Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge, ou , réflexion pratique sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens, 170 ; Brouzet – Essai sur l'éducation médicale des enfants et leurs maladies, 1757 ; Raulin – De la conservation des enfants, 1767 ; Leroy- Recherche sur les habillements des femmes et des enfants, 1772 ; Buchan- Médecine domestique, 1775 ; Tissot – Avis au peuple sur sa santé, 1761

As publicações tratavam da arte de cuidar das crianças na primeira infância, assim como guias e dicionários de higiene para o uso da família. O interesse médico do século XVIII - acompanhando o movimento do novo olhar que passa a se dirigir às crianças, referida no tópico anterior - visava estudar e compreender os processos que impediam ou que dificultavam o processo de tornar as crianças “adultos plenos no exercício de suas funções morais e intelectuais” (Guarido, 2007, 155). Afinal, como Rousseau havia teorizado, as deturpações eram fruto de más influências que as crianças, seres puros, recebiam em suas formações. Essa concepção funda um ideal preventivo em relação à infância – prevenir na infância, assegurando que a criança tivesse boa educação e que sua saúde física e mental fosse preservada, implicaria em uma sociedade futuramente mais saudável, menos deturpada.

Muitos dos preceitos sobre o desenvolvimento adequado infantil da atualidade surgiram durante esse momento histórico, como por exemplo: o vínculo entre saúde mental e educação, a importância da figura materna, do aleitamento materno (não terceirizado), da criação de espaços especificamente reservados às crianças, da vestimenta específica para esse período do desenvolvimento, entre outros aspectos que serão citados ao longo deste capítulo.

2.3.1 O adoecimento e a deturpação infantil – a culpa é da educação

Donzelot (1980) indica que repentinamente os médicos do século XVIII identificaram, na figura dos serviçais, a causa das enfermidades e das taras infantis. A amamentação “terceirizada”, a falta da presença materna na educação dos descendentes e o abandono dos menores esclareceriam, em grande parte, o adoecimento das crianças burguesas e os problemas sociais da época.

Era costume, nas famílias mais abastadas, que as crianças fossem cuidadas por serviçais. A amamentação era feita pelas amas de leite - pois, como já anteriormente dito, as mulheres, ou eram muito ocupadas em seus trabalhos ou

suficientemente ricas para pagar alguém para amamentar seus filhos²⁹. No Brasil, havia comércio específico de escravas para o fornecimento de leite aos filhos dos senhores.³⁰

Os médicos passaram a identificar a causa do adoecimento das crianças e de sua deturpação social (falta de modos, delinquência, etc.) no “leite ácido”, “vaporoso”, repleto de ódio em relação aos patrões e quente de uma longa jornada de trabalho, que as crianças recebiam de suas nutrizes. Assim, através desse tipo de amamentação terceirizada, seriam transmitidas doenças, má educação e taras. Os serviçais não seriam adequados para cuidar plenamente das crianças (sem o controle parental), uma vez que tinham sentimentos muito negativos em relação aos patrões e, logicamente, aos filhos destes.

A transmissão da negatividade, da raiva e da repulsa para as crianças, por meio desse tipo de educação, era maléfica para o desenvolvimento infantil. Não só quanto à amamentação, mas também na questão dos cuidados, em embalar os bebês e vestir as crianças. Os sentimentos mistos dos serviçais – de inveja e medo do patrão – afetavam as crianças, que assim se deturpavam. (Donzelot, 1980, p.23-30) Encontra-se, desse modo, uma ameaça externa – que seria a grande responsável pelo adoecimento infantil.

Os pais burgueses são então convocados a participar mais ativamente da educação dos filhos, a controlar os serviçais e a zelar por boas condições para o desenvolvimento da prole. O aleitamento materno surge como uma questão de saúde pública, e inúmeras campanhas são criadas para valorizar a figura da mãe que amamenta o filho.

Essas conclusões médicas surgiram a partir do questionamento da época do porquê de crianças camponesas, submetidas ao trabalho no campo e alimentadas de forma mais precária, em geral serem mais saudáveis do que as crianças burguesas – cuja alimentação era mais rica e a vida a princípio mais fácil.

A resposta foi encontrada na criação. As crianças camponesas eram amamentadas e cuidadas por suas mães, e tinham, em decorrência do trabalho no

²⁹ Em Portugal, durante séculos as mulheres viram a amamentação como “coisa inferior”, prática “baixa”, pois igualava os humanos ao bichos.

³⁰ FREYRE, Gilberto. *Casa-Grande & Senzala*. Editora Record, Rio de Janeiro, 1998

campo, uma regularidade nos horários e nas atividades físicas diárias ao ar livre, não tendo tempo para serem tomadas pelas “paixões e os maus pensamentos”. A recomendação médica era que a criança não deveria ter tempo para “pensar em besteiras”, “ser tomada pelas paixões do corpo”. Teorias (como a teoria maquinística do corpo e a teoria dos sólidos e fluídos corporais) indicavam a masturbação e a manipulação indevida do corpo como uma das principais causas de adoecimento infantil (causando demência e desnutrição).

As práticas educacionais atuais - que valorizam o exercício físico, o contato com a natureza, a presença parental na educação das crianças, a criação de uma rotina para os filhos e a preocupação com “más influências” - devem ser atribuídas a esse período histórico. Tais valores não eram “condições primordiais” na educação da maioria das crianças e passaram, a partir do século XVIII, a se tornar parte da política pública dos Estados (devendo atender tanto crianças ricas como pobres).

A preocupação atual em ocupar as crianças com atividades extracurriculares e em evitar o tempo ocioso tem provavelmente vinculação a esse ideal. Os argumentos são os mesmos, porém com outras bases filosóficas.

Retomando nosso percurso histórico, as crianças do campo não eram submetidas aos mesmos “manejos corporais” que as crianças burguesas viviam cotidianamente – através dos corseletes, que as impediam de respirar normalmente, dos vestidos apertados e das roupas inadequadas para se locomoverem e se desenvolverem adequadamente. A teoria dos sólidos e dos fluídos, que continha preceitos similares aos dos humoristas, ressaltava a importância da boa circulação dos fluídos nas crianças. Elas deveriam ser capazes de respirar livremente, se exercitar para manter a circulação ativa e deveriam evitar, a todo custo, a perda de líquidos desnecessários (como no coito – Tissot compara o coito a uma pequena epilepsia – cuja perda de líquido causaria um distúrbio no equilíbrio corporal). (Donzelot, 1980)

Essas teorias eram certamente influenciadas pelo pensamento religioso, que atrelava os pecados à carne. No cristianismo, durante séculos (e assim o é até hoje), a alma era considerada pura e o corpo deveria ser adestrado (aqui novamente reconhecemos o pensamento de Santo Agostinho). Mesmo em

Descartes, vemos a relação estabelecida entre a alma - partícula divina concedida por Deus para a mais nobre das criaturas, a dizer, o homem – e a pureza, o corpo relacionava-se com as paixões e com o irracional, que deveria ser controlado, racionalizado.

Falamos anteriormente da criação da especialização dos cômodos nas casas, que ocorre a partir do século XVIII. Podemos inferir que, por meio dessa prática, procurou-se separar a família da criadagem. Os médicos da época, lançando mão da literatura educativa, ressaltavam a importância de manter vigilância sobre os serviçais – a separação dos quartos nas casas possibilitava tal ação. De acordo com Donzelot, a moradia familiar deveria ser transformada num espaço programado, com o objetivo de facilitar as brincadeiras das crianças, de controlar facilmente seus movimentos. (Donzelot, 1981) A separação dos cômodos tem, assim, a função de aumentar o controle dos pais sobre aquilo que influencia seus filhos. Busca-se controlar as inúmeras variáveis no desenvolvimento infantil, com ênfase na vigilância do ambiente da criança.

Por intermédio da ação dessa medicina doméstica, a família burguesa toma, progressivamente, a aparência de uma estufa aquecida contra as influências exteriores. As crianças deveriam ser protegidas das más influências, dos maus costumes, assim não se tornariam mimadas, caprichosas e arteiras. A figura da mãe também ganha destaque através do discurso médico, que a valorizava como seu “aliado de plantão”. “A mãe torna-se a única capaz de conter, quotidianamente, o obscurantismo da criadagem e de impor seu poder à criança.” (Donzelot, 1980)

2.3.2 Os médicos de família e a aliança com as mães

No século XIX (época de ouro dos ideais higienistas, da preocupação dos Estados com a saúde da população cada vez mais crescente), os textos médicos mudam de tom e se limitam a conselhos imperativos, que não mais vinculavam a figura dos serviçais ao adoecimento social. Donzelot (1980) indica duas razões para essa mudança. A primeira deve-se ao fato de novas descobertas da química e

da biologia terem botado por terra o discurso homogêneo dos médicos acerca dos culpados pelos males sociais. A congruência perfeita entre a doutrina médica e a moral educativa é substituída por uma medicina cujo saber está em pleno movimento de desenvolvimento científico, de forma que a transmissão dos preceitos sobre a higiene e a difusão do saber médico precisarão encontrar novos rumos. O outro fator relevante foi a preocupação com o uso indevido do saber médico, a vulgarização apressada das análises médicas que levava a todos se improvisar como médico, acarretando em erros e sobretudo na perda de poder para o corpo médico. (Donzelot, 1980)

Como resposta a essa problemática, surgem os médicos de família, a implantação direta do médico na molécula familiar, com o fim de afugentar charlatães e médicos não qualificados. A mulher passa a ganhar um novo estatuto, o de cuidadora da família. O vínculo entre o médico e a mãe passa a ser fundamental. “O médico prescreve, a mãe executa”. (Fonssagrives, 1876 apud Donzelot, 1980) A mulher passa a ser uma guardiã completa para o doente, capaz de compreender tudo e, sobretudo, que é este seu papel, e que ele é tão elevado quanto caridoso. A mãe e o médico se completam no interesse do doente.

Donzelot ressalta ainda que esta aliança entre médico e mães era proveitosa para ambas as partes. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres, e a mulher burguesa, graças ao médico, obtém um novo poder na esfera doméstica. (Donzelot, 1980)

Vê-se surgir essa mãe mítica de nossos tempos – cujo “instinto maternal” a torna capaz de saber tudo sobre seu filho, ser a melhor influência para a prole, capaz de identificar ações patológicas, ter a obrigação de antever a problemática da prole, representar a grande aliada do médico.

O médico passa a ocupar importante figura na educação da criança, pois seus guias de higiene e boa educação criavam a “boa direção educativa”, que pais e Estados deveriam assegurar. A figura da mãe vincula-se à do médico, como sua grande aliada, e o médico passa a ter grande influência para repensar propostas pedagógicas.

Desse modo, não constitui novidade (como havíamos pensado inicialmente) que o discurso médico e seu vocabulário estejam tão presente nas instituições educacionais. A medicina infantil influencia e é influenciada pelas teorias pedagógicas há alguns séculos.

No entanto, precisamos continuar nossa pesquisa, a fim de compreender como o discurso médico foi se alterando em relação aos diagnósticos infantis, até a atualidade. Ainda não é clara a forma como o médico, que alertava os pais sobre os perigos do ambiente e de uma educação que não fosse feita pelo casal parental, a importância do vínculo maternal, passou a valorar o desenvolvimento fisiológico primordialmente.

Não aprofundaremos mais este tópico. Vimos como no século XVIII surgem ideais médicos, com preceitos pedagógicos, visando a assegurar o bom desenvolvimento da criança. No entanto, vejamos como isso se deu em relação à saúde mental.

2.4 A doença mental infantil

O nascimento da psiquiatria e dos tratamentos terapêuticos

A psiquiatria infantil, como campo de conhecimento com conceitos e metodologias próprias, só surgiu a partir de 1930. Diversos autores, como Bercherie, Ajuriaguerra e Cirino são unânimes em afirmar que, até o primeiro terço do século XX, o referencial médico dirigido às crianças era fundamentalmente adultocêntrico. Não havia, até então, uma construção teórica constituída a partir da observação direta das crianças. Eram utilizadas referências do tratamento de adultos para efetuar os diagnósticos infantis. (Cirino, 2012; Bercherie, 2012)

Bercherie indica que a demora do surgimento da clínica psicopatológica infantil deve ser atribuída à ausência, durante décadas, de parâmetros que circunscrevessem, para o observador adulto, uma medida comum entre o adulto e a criança. Ou seja, tomando a frase de Canguilhem que “para agir, é preciso ao

menos localizar” (Canguilhem, 2011, p.9), observa-se que, como não havia parâmetros que baseassem um recorte e uma classificação do patológico na criança, não se tinha ideia do que recortar de seu comportamento e como tratá-lo, até algumas décadas atrás. (Bercherie, 2012)

A frase inaugural do texto de Canguilhem não é trivial. O autor demonstra como o processo de circunscrição das doenças tem estreita relação com o que é concebido como “comportamento esperado”. Ou seja, como irei dizer que uma criança é hiperativa (com atividade “a mais”) se não souber o que se espera de uma atividade normal de uma criança? Ou mesmo, em termos de sintomas físicos, se não houver parâmetros para os níveis normais de glicose no sangue num exame laboratorial, não será possível diagnosticar alguém com diabetes.

As bases do conhecimento que, em grande parte, constituíram a psiquiatria e a psicologia enquanto disciplinas científicas foram criadas no movimento higiênico pedagógico dos séculos XVIII e XIX, em conjunto com a própria construção do estatuto de infância (Costa, 2003), já trabalhados nos tópicos anteriores.

Paul Bercherie organiza a história da psiquiatria infantil em três momentos, que foram utilizados como marcos nesse trabalho. O primeiro caracteriza-se pelo estudo da idiotia e da influência da pedagogia na construção dos tratamentos de saúde da criança. O segundo define-se pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança e o terceiro pela influência dominante que as ideias psicanalíticas terão na estruturação de uma clínica propriamente da infância. Veremos adiante essa periodização com mais detalhe.

2.4.1 A idiotia

O primeiro momento recorta os primeiros setenta e cinco anos do século XIX e caracteriza-se pelo estudo da idiotia e da influência da pedagogia na construção dos tratamentos de saúde da criança. Mais do que um saber construído a partir de questões clínicas, a psiquiatria infantil e o campo do conhecimento

acerca da criança nasceram de propostas de intervenção precoce, de uma pedagogia que visou a promover o bom desenvolvimento infantil, a não “deturpação” do *infans*. O campo de tratamento da criança que temos atualmente se instala imbricado a certo ideal de educação do início do século XIX. (Guarido, 2007; Cirino, 2012; Vorcaro, 2011; Ajuriaguerra, 1991)

Até o século XIX, na Europa, não se acreditava na existência da loucura da criança, não se julgava possível que as crianças pudessem enlouquecer. Bercherie, citando os trabalhos de Griesinger, relata que se concebia que o eu da criança ainda não estaria formado de maneira estável para representar uma “perversão durável e radical”. A criança “transtornada” estaria apresentando, na realidade, diversas doenças, que a seu turno produziam interrupções do desenvolvimento infantil, atingindo a inteligência em todas as faculdades da criança. (Cirino, 2012 ; Bercherie, 2012)

O que configurou surpresa, ao longo de nosso estudo, foi o fato de que, já nos primórdios da atenção dirigida à infância, entendia-se que *uma criança com algum distúrbio³¹ mental deveria ser educada e não tratada medicamente* – o tratamento consistia em educação. Retomando nossa discussão acerca da mudança do olhar para a criança, as teses de Rousseau reforçavam essa ideia de que a educação permitiria a boa saúde³². Não é por acaso que os historiadores da psiquiatria afirmam que a patologia fundamental estudada durante décadas foi a idiotia (Guarido, 2007). Os primeiros estudos de peso acerca do funcionamento mental infantil surgem de questões escolares – crianças que não conseguiam aprender ou que apresentavam dificuldades (cegas, surdas e débeis).

Transtornos mentais das crianças em todo o mundo eram vinculados às oligofrenias³³ – e a eles eram associados morbidades como comicialidade³⁴ e

³¹ Neste tópico, utilizaremos as noções de transtorno e distúrbio como indicadores de uma apresentação disfuncional da criança, sem visar a alguma diferenciação mais técnica. Isso se deve à falta de formalização das teorias acerca do que seria aquele comportamento anormal da criança

³² Esta é uma perspectiva que tem, até os tempos atuais, muito peso em nosso olhar para a infância, como veremos ao longo deste capítulo e no capítulo seguinte.

³³ Oligofrenia – do grego – pouca inteligência. O termo designa os déficits de inteligência como a debilidade, imbecilidade e idiotia.

³⁴ Comicialidade ou mal comicial é um termo que remete às convulsões na epilepsia - o nome é derivado das interrupções dos comícios, toda vez que um dos participantes tinha uma crise convulsiva.

malformações de todos os tipos (Postel, 1994). Quadros que hoje seriam identificados como autismo (como é o caso de Victor de Aveyron), epilepsia, depressão, entre inúmeros outros, eram compreendidos, há algumas décadas, como retardamento mental. (Bercherie, 2012) Nesta época, a loucura da criança era, aponta Bercherie, a idiotia.

Com a criação de pesquisas e teorizações acerca da infância, vê-se iniciar um embate acalorado entre pedagogos e médicos. A questão da reversibilidade dos quadros de retardamento mental e a possibilidade de intervenção eram objetos de grandes discussões, cujos delineamentos constituiriam linhas terapêuticas muito distintas.

Pinel havia descrito o idiotismo, em relação à clínica dos adultos, em seu *Tratado da Mania*, como uma obliteração das faculdades intelectuais e afetivas do conjunto das atividades mentais. O estado descrito por Pinel poderia ser congênito, e, portanto, incurável, ou adquirido e deste modo reversível.

Esquirol pretendeu falar do quadro na criança, mas suas descrições também partiram da observação do adulto. Assim, muito do “espírito dessa nosologia sindrômica” não foi modificado, conforme comentário de Bercherie, mas o trabalho de Esquirol permitiu a distinção do idiotismo (referente a um processo adquirido) da idiotia (congênita). Esquirol tinha concepções patogênicas da idiotia – seu pressuposto era de que os órgãos de um idiota nunca haviam sido suficientemente adequados para que os atingidos pela idiotia pudessem raciocinar corretamente. Citando o próprio autor:

“[não se trata] de uma doença, [mas] de um estado no qual as faculdades intelectuais nunca se manifestam ou não puderam desenvolver-se o bastante para que o idiota pudesse adquirir os conhecimentos relativos a educação que recebem os indivíduos de sua idade, situados nas mesmas condições que ele. A idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento integral das faculdades intelectuais e afetivas; os idiotas são o que devem ser durante todo o desenrolar de suas vidas; neles tudo evidencia uma organização imperfeita ou atrasada no seu desenvolvimento. Não se concebe a possibilidade de modificar esse estado. Nada poderia dar, mesmo que por alguns instantes mais razão ou mais inteligência aos felizes idiotas.” (Esquirol apud Bercherie, 2012,p.130)

Pinel e Esquirol entendiam o retardamento como um déficit global de prognóstico negativo. O idiota é aquele que não tem condições de adquirir os

conhecimentos que normalmente se adquire pela educação, em decorrência de seu desenvolvimento anormal, de forma que não há tratamento possível para este indivíduo.

Já os educadores, como Sèguin e Delasiauve, advogavam pelo caráter parcial do déficit. Valorizavam mais a problemática da falta de atenção, de concentração e, sobretudo, de vontade, do que o comprometimento orgânico da criança idiota. Defendiam a ideia de que o conjunto do desenvolvimento mental ficava comprometido quando a educação se limitava às modalidades tradicionais. Contudo, sob a utilização de métodos educativos especiais e calcados na vontade do educador, essas crianças poderiam ter avanços significativos. Os educadores defendiam o prognóstico positivo da idiotia. (Bercherie, 2011)

Bercherie ressalta que *o otimismo em relação às possibilidades de tratamento da infância partiu muito mais do campo da educação do que da medicina*. O caso do tratamento de Vitor de Aveyron, mais conhecido por selvagem de Aveyron, é exemplar para a discussão entre os vínculos e as divergências da medicina e da pedagogia e a defesa da educação especial como forma de tratamento. (Bercherie, 2012; Guarido, 2007)

Em 1799, um menino fora encontrado sozinho e abandonado num bosque do sul da França. Estimava-se que tivesse entre onze e doze anos, comportava-se como um animal, grunhindo e defecando onde bem lhe aprouvesse. Victor - como foi nomeado posteriormente por Itard, mas mais conhecido como o selvagem de Aveyron - foi avaliado por Pinel em Paris e diagnosticado com danos mentais irreversíveis, avaliado idiota. Jean-Marc-Gaspard Itard, médico e psiquiatra alienista francês, discípulo de Pinel, discordou do diagnóstico de seu mestre e tomou a criança sob sua proteção. Acreditava que Victor se tratava de uma criança normal que fora privada dos conhecimentos sociais e, particularmente, da linguagem, por ter ficado tanto tempo isolado da sociedade. Itard constrói uma metodologia para tentar melhorar o quadro de Victor, tomada de empréstimo da educação de crianças surdas-mudas, e empreende grandes esforços para melhorar a condição do jovem.

Apesar da tentativa de Itard não ter sido totalmente bem sucedida, pois não conseguiu que Victor restituísse uma condição de aprendizado e pertencimento

social (Victor fora posteriormente confirmado como efetivamente idiota³⁵), o trabalho do psiquiatra e educador francês possibilitou o vislumbre de um tratamento possível da criança considerada idiota. Havia somente de se melhorar as técnicas. Bercherie indica que, se Victor era realmente um idiota (nos termos da época), Itard obteve resultados surpreendentes. (Bercherie, 2011)

Ao longo dos séculos XIX e XX, foram criadas diversas instituições de acolhimento de crianças com retardo mental ou que tinham dificuldades de aprendizado. No Brasil, em 1874, surgem as primeiras escolas especializadas para crianças oligofrênicas – uma junto ao Hospital Juliano Moreira em Salvador, e outra no Rio de Janeiro – Escola México, ambas sob administração do Estado. As intervenções médico-pedagógicas ganharam cada vez mais destaque, não só no Brasil, como em todo o mundo ocidental. (Assumpção, 1995 ; Guarido, 2007)

A educação especial criada na época visava principalmente à disciplina interna – o ensino não consistia apenas de preceitos, mas, sobretudo, de exercícios. Havia ênfase na educação moral, mental e manual das crianças. As crianças tinham jogos educativos e atividades manuais; ginástica, com o fim de educar movimentos ritmados e corrigir anomalias porventura existentes; e “ginástica de concentração para distraídos”, que tinha por objetivo promover o desenvolvimento mental. No Brasil, essas escolas não contemplavam disciplinas intelectuais (línguas, matemáticas, etc) como nas escolas comuns. (Assumpção Jr, 1995) Tais práticas constituíam tentativas de ressocializar as crianças, criar terapêuticas que buscassem uma inclusão possível na sociedade.

Sèguin, aluno de Itard, desenvolveu métodos que deram origem à educação especial tal como a conhecemos. Fundou, nos EUA, o sistema especializado para crianças anormais e, com base nos estudos de Maria Montessori, inspirou uma nova pedagogia. (Guarido , 2007)

No entanto, os empreendimentos médico-pedagógicos até hoje não chegaram a ter o êxito almejado. Sem dúvida, esses esforços criaram ambientes mais propícios para as crianças com necessidades especiais, reformularam várias terapêuticas e puseram em questão inúmeras práticas pedagógicas que

³⁵ Bercherie aponta que Victor tinha múltiplos traços que para nós configuraria o diagnóstico de uma criança autista. Contudo, até 1930, a noção global de idiota recobriria esse diagnóstico.

propiciavam a exclusão, mas, principalmente, puderam enfatizar a valorização das crianças para além de suas limitações físicas.

Ao final do século XIX, com o avanço das pesquisas científicas, a influência das obras de Darwin, os avanços da física e da química, o olhar médico-psiquiátrico para a criança acaba por abandonar, em parte, seu vínculo com a pedagogia (apesar de vários preceitos ainda terem, sem dúvida, ideais pedagógicos como pano de fundo) e passa a buscar seguir os parâmetros da nova medicina científica. Como vimos anteriormente (no tópico acerca dos livros médicos infantis), a congruência entre a medicina e a educação moral já não era mais sustentável, tendo em vista as novas descobertas.

Cabe lembrar, no entanto, que até hoje aceitamos e sustentamos a ideia de que uma boa saúde da criança depende também de uma boa educação, de um bom manejo em relação a ela, de pais presentes. Esses fundamentos não se dispersaram com o advento de novos conceitos sobre a biologia e sobre o funcionamento humano.

2.4.2 Psiquiatria da criança

O segundo momento definido por Paul Bercherie (1880 – 1930) é caracterizado pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança. Neste momento, observamos o encontro entre a psiquiatria do adulto e da criança. Os psiquiatras, convencidos de que as doenças mentais estavam ligadas a uma lesão ou disfunção cerebral, passaram a buscar nas crianças características das patologias mentais dos adultos. Isso incluía a busca por características físicas, como se deu nas teorias degeneracionistas (citadas no primeiro capítulo, em relação à psiquiatria do adulto).

Em 1880, é publicada a primeira geração de tratados da psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa. Os tratados visavam a estabelecer uma análise dos quadros clínicos, organizando-os pela evolução da doença, e por seus mecanismos típicos. Enfim, grandes esforços eram feitos para construir uma

nosologia psiquiátrica da criança.No entanto, como já mencionado, os trabalhos deste período partem essencialmente de um decalque da clínica psiquiátrica do adulto e não constituem um saber cujas teorizações partissem de observações diretas das crianças suscitando uma elaboração(Bercherie, 2011).

É necessário, todavia, ressaltar que os tratados deste segundo período, seguindo a divisão histórica de Bercherie, possibilitam uma alteração da atenção que passará a ser dirigida para a infância dos alienados. Ao lado dos estudos que já eram realizados acerca do retardamento mental infantil, iniciava-se uma discussão sobre síndromes mentais encontradas nos adultos que poderiam ter seu início na infância. A doença mental infantil passa, neste período, a “existir” de fato.

Assim, além da idiotia, discute-se, na criança, a excitação e a mania, a depressão, a melancolia, a obsessão, a fobia, as alucinações, a histeria, a epilepsia, entre outras patologias. O retardamento passa a ser analisado e destrinchado, de forma a perder, gradativamente, seu caráter de amálgama de todas as doenças infantis e a obter um caráter mais particular.

As transformações observadas na história da psiquiatria do adulto parecem se repetir, de algum modo, com a psiquiatria infantil. Esta passa a perder seu caráter pedagógico, cultural para dar lugar à busca de um marcador físico-químico. As histórias da psiquiatria infantil e do adulto se encontram neste ponto. Assim, as teorias pedagógicas passam a ter menos influencia na medicina da criança, pois as teorias médico-pedagógicas caem por terra, tendo em vista as novas descobertas da biologia e dos anatomo-clínicos. No entanto, a concepção do que se espera da criança e do que é considerado uma criança normal até hoje tem seus fundamentos baseados em teorias pedagógicas e psicológicas, e não médicas.

2.5 A psicanálise e a psiquiatria infantil - A constituição de um novo olhar

O século XX trouxe consigo, como no caso da psiquiatria do adulto, novas abordagens para o tratamento dos distúrbios infantis. As teorias psicanalíticas da sexualidade infantil tiveram grande repercussão na história da psiquiatria infantil, pois formaram um novo olhar sobre o tratamento e a educação das crianças. Esse novo enfoque demarca o início do terceiro período recortado por Bercherie.

A característica do período que se inicia em 1930 e vai até 1980 (o recorte do término do período de Bercherie foi, na realidade, proposto por Guarido), será a influência dominante que as ideias psicanalíticas terão na estruturação de uma clínica propriamente da infância. Uma clínica nova, muito rica, indica Bercherie. (Bercherie, 2012; Guarido, 2007)

Cirino (2001) afirma que a psicanálise causou uma mudança radical na perspectiva sobre a infância, assim como reformulou a psiquiatria como um todo. Apesar de não constituir uma teoria sobre a infância, mas sobre o inconsciente e o desejo, a psicanálise possibilitou fortalecer a ideia de uma especificidade da infância. Passou-se a conceber a infância como um processo maturativo do organismo, sob a presença fundamentalmente de um sujeito, de alguém que subjetiva e dá sentido aos fenômenos.

A criança será vista não só como afetada e esculpida passivamente pelos pais e pela sociedade (como a visão de Rousseau implicitamente estabelecia), mas tomando parte no que lhe acomete, sendo co-autora de sua história – passa-se a reconhecer na criança um sujeito em constituição.

A psicanálise também promove uma inversão de valores: se antes o adulto era o fim e o sentido último do desenvolvimento da criança, agora a criança passa a ter características próprias de seu desenvolvimento, que se conectam ao adulto por vir, mas que pertencem somente à sua etapa.

As nomenclaturas provenientes dos períodos anteriores são, por essa razão, retomadas, revistas e reinterpretadas. São criadas novas formas de compreender os distúrbios mentais e o comportamento humano, novas formas de intervenção. As

doenças psicossomáticas ganham especial atenção, assim como as questões relativas ao desenvolvimento da criança – perturbação do sono, enurese, motricidade, etc. Nesse período, nasce a pedopsiquiatria (que como o nome bem indica é a pediatria atrelada à psiquiatria), cujos estudos, atravessados pelo discurso psicanalítico, aprofundam os conhecimentos acerca da criança.

Surgem diferenciações do campo de intervenções terapêuticas sobre a criança, separadas da clínica dos adultos. Inúmeras manifestações patológicas que antes se encontravam dispersas na clínica pediátrica puderam ser pensadas com o modelo da histeria, como formas de conversão ou como expressão substitutiva das dificuldades que a criança encontra na sua vida interior e em suas relações com o meio. (Bercherie, 2012) O valor da fala e do olhar na constituição da criança passam a ganhar destaque, de modo que educadores e pais são compelidos a repensar a educação das crianças. A psicanálise não foi imparcial à influência do discurso pedagógico e propôs, em grande parte, muitas alterações do que seria adequado na educação infantil.

Apesar de Freud conceber que não há cura ou prevenção possível da neurose, indicou, em algumas de suas obras,³⁶ que uma reforma educacional como forma de profilaxia das doenças nervosas seria possível, tendo em vista que inúmeros sintomas neuróticos estariam ligados à moral repressora da época.

2.5.1 A “educação” psicanalítica

Anna Freud e Melanie Klein vislumbraram, em seu trabalho, a possibilidade de uma “educação psicanalítica” e sob a influência da psicanálise, inúmeras produções foram criadas com ideais de prevenção – do tipo “Conselho às mães”. Winnicott e Bettelheim, alunos de Anna Freud e Melanie Klein, direcionaram alguns de seus escritos à tentativa de criar uma sociedade que produzisse “menos neuróticos”.

³⁶ Ver em Freud: *Moral Sexual Civilizada e Doença Moderna* (1908), *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*(1909), *O mal estar na civilização*(1930).

Esse é um ponto nevrálgico, afinal, a partir da ideia freudiana de o núcleo das neuroses ser infantil, muitas terapêuticas surgiram em acordo com propostas pedagógicas. Se a origem das neuroses é infantil, vislumbra-se a possibilidade da sociedade produzir “menos neuróticos”. Freud chega a postular uma reforma educacional como forma de profilaxia contra as doenças nervosas. (Freud, 1908)

37

A “educação analítica” de Freud referia-se, no entanto, ao trabalho de tomada de consciência de pais e educadores sobre os malefícios de sua própria educação, poupando as crianças de sofrimentos que eles cegamente repetiam. A educação analítica não visava a educar as crianças a se comportarem de tal ou qual modo, de acordo com a ordem estabelecida; tampouco de fazer uma listagem dos comportamentos que elas deveriam seguir, mas de possibilitar que os cuidadores (pais, professores, etc.) fossem menos neuróticos com as crianças. (Zornig, 2008)

No entanto, Freud acaba por abandonar a utopia de uma reforma pedagógica como profilaxia das neuroses ao perceber que as pressões externas tinham um papel muito mais restrito das neuroses do que havia pensado inicialmente. (Zornig, 2008) Insistiu, no entanto, na ênfase dos benefícios que um processo analítico poderia ter para a educação das crianças.

A mudança nas práticas educativas, ao longo das últimas décadas, sob influência do discurso psicanalítico, foi grande. A educação da atualidade valoriza a produção criativa da criança, reprovando e punindo abusos de todas as ordens vindos de educadores (punição corporal, xingamentos, etc.) e reforça a importância da atenção e da escuta da família para os impasses infantis.

Antes de Freud, muitas vezes o médico ignorava o que a criança queria lhe dizer por meio de seu sintoma, inclusive aquilo que tentava por em palavras, indica Manonni (2003). Os dados clínicos registrados pela observação eram preferencialmente eliminados, pois não tinham valor para a efetuação dos

³⁷ Se observarmos mais a fundo, todas as teorias acerca da infância têm, como pano de fundo, a ideia de criar crianças mais saudáveis, e isso, ao nosso ver, é um fator interessante e imprescindível para quem trabalha com o humano.

diagnósticos e das hipóteses diagnósticas. As teorias médicas, até Freud, eram desvinculadas do discurso mantido pela criança doente. (Manonni, 2003)

2.5.2 O retorno da concepções organicistas – a desvalorização das teorias psicanalíticas

Sob influência da obra freudiana, buscou-se salvar a análise das crianças do impasse organicista e pedagógico da época, enfatizando uma técnica que buscava a expressão lúdica e de fala dos pacientes, reconhecendo nos mesmos sujeitos de sua própria história.

Não obstante, assim como se deu na psiquiatria do adulto, a introdução dos psicofármacos (o metilfenidato foi introduzido na década de 1960 para o tratamento de crianças com TDAH) alterou a dinâmica das terapêuticas infantis e o do olhar sobre a criança. Embora o psicotrópico não tenha assumido a função primordial do tratamento, como pode ser observado em relação aos adultos, sua utilização tem sido cada vez mais difundida e gerou uma cisão entre os psiquiatras.

Assumpção relata que, no século XX, se delineiam duas “identidades” da psiquiatria (infantil, mas poderíamos dizer a mesma coisa sobre a psiquiatria do adulto) que permanecem até hoje: uma derivada da Psiquiatria Clássica – com horizontes biologizantes e projeção moralizante, estabelecendo normas visíveis de comportamento moralmente aceitável e que se restringirá ao tratamento asilar; e outra abordagem marcada pela corrente psicodinâmica e social, instalando-se, inicialmente, nos Departamentos de Pediatria. (Assumpção, 1995)

Os médicos, sabiamente, ainda têm alguma cautela em administrar medicação com crianças muito pequenas, tendo em vista as graves consequências que efeitos colaterais desses remédios podem significar para o desenvolvimento das crianças. A medicação, em muitos casos, só é utilizada como último recurso.

Entretanto, como já mencionado na introdução de nosso trabalho, esse cuidado não tem sido observado em relação à crianças em idade escolar. A administração de medicação psiquiátrica e a avaliação das manifestações

sintomáticas das crianças, com enfoque primordialmente no funcionamento cerebral, têm ganhado cada vez mais espaço e destaque.

Tal fato pode ser observado não somente pelos dados estatísticos, que foram apresentados na introdução de nossa pesquisa, mas também pela demanda escolar de que os pais das crianças levem seus filhos a especialistas, no intuito de que as crianças recebam medicação. A indicação para avaliação e medicação parte, em sua grande maioria, da própria escola.

A psicanálise perdeu, assim como se deu em relação à psiquiatria do adulto, grande parte de seu espaço como referência teórico-clínica na comunidade científica, nos espaços públicos e privados. Afinal, toma-se a sintomática da criança como uma produção de seu aparato cerebral e não como algo passível de interpretação. Teorias neurocientíficas e biológicas se tornaram práticas consideradas mais científicas, mais rápidas, menos onerosas e mais “eficazes”.

Há de se ressaltar, no entanto, que existem muito autores que buscam conjugar os estudos psicanalíticos às pesquisas neurocientíficas. Lasznik, Jerusalinsky e Golse são alguns estudiosos que, dentre outros teóricos, clínicos e pesquisadores, acreditam e apostam numa interlocução necessária entre os vários campos – neurologia, psicanálise, biologia, química, etc.

Os estudos sobre a infância e sobre o desenvolvimento infantil, possivelmente por terem tido suas bases formuladas em um campo atravessado por inúmeras teorias, aceitam mais pacificamente a convivência e a interlocução entre teorias divergentes. Ao contrário do que ocorre, em grande parte dos casos, em relação às terapêuticas criadas para o adulto, nos estudos sobre a criança e a infância, a convivência entre diversas áreas não representa um problema, mas sim algo visto quase como uma condição de trabalho da área.

Golse (2003) indica que o modelo polifatorial seria uma exigência da psiquiatria do bebê - podemos ressaltar que isso deve ser estendido em relação à infância como um todo. Os distúrbios do crescimento e da maturação psíquica da criança, mas também o seu desenvolvimento normal, só poderiam ser devidamente compreendidos (em relação às crianças), diz o autor, se observados o desenvolvimento neurobiológico, genético, bioquímico e também os efeitos dos

encontros com o exterior, a história social da criança. A criança será produto de uma história química, biológica, neurológica, cultural e subjetiva. É muito complicado trabalhar com crianças e não considerar o todo que influencia seu desenvolvimento.

De todo modo, queremos chamar a atenção para o fato de que, nas últimas décadas, relegou-se a função do ambiente e dos processos subjetivos para o desenvolvimento da criança como fator secundário e deslocou-se, em parte, o foco do trabalho primordialmente para questões orgânicas. Como vimos no primeiro capítulo, esse processo de dessubjetivação do olhar clínico também é observado em relação ao tratamento do adulto.

Encerraremos nosso segundo capítulo neste ponto. Buscamos circunscrever aqui como foram constituídos, ao longo do tempo, o conceito de infância e os tratamentos dirigidos a ela. Vimos o papel que a pedagogia teve na construção dessas terapêuticas e na evolução da interlocução fundamental que se deu entre escola, médicos e família. Demonstramos como não é recente o fato de o discurso médico estar infiltrado na educação infantil e que ambos os campos se influenciam mutuamente, mesmo que, na contemporaneidade, de forma velada. Observamos como a psicanálise possibilitou um novo olhar no olhar sobre a infância e teve papel fundamental na construção dos saberes atuais sobre a criança e seu desenvolvimento, mas que, como parte de um movimento geral, vem perdendo cada vez mais espaço.

O próximo capítulo será dedicado a analisar o problema da diagnosticção da infância na atualidade. Enfocaremos a questão da prevenção, dos diagnósticos, falaremos sobre o risco iatrogênico suscitado pelo mau uso do diagnóstico.

“A medicina preditiva é a grande doença do século, do novo século que nos espera. (...) Na medicina somática também, talvez menos, mas de todo modo, nesse nosso domínio, a medicina preditiva é uma catástrofe absoluta. Não podemos ter aí senão uma maldição a adoecer um bebê no seu vir a ser. É uma pseudomodernidade, uma pseudo-toda-potência, é uma pseudomágica. Dizer aos pais que uma criança de 18 meses tem todos os motivos para ser autista aos três anos não é medicina, é descuido total.” (Golse, 2003,p.21,22).

3. A prevenção, a infância e o boom dos diagnósticos

3.1 A intervenção preventiva

Nas últimas décadas, acompanhamos o surgimento de uma série de avanços tecnológicos e científicos na medicina. Descoberta de novos medicamentos, máquinas mais eficazes que auxiliam nos diagnósticos precoces e descobertas significativas sobre o funcionamento cerebral e o desenvolvimento infantil revolucionaram o modo como tratamos as doenças.

Se antes a medicina lidava com as doenças já instaladas e muitas vezes intratáveis, agora temos meios para detectar precocemente muitos estados anômalos³⁸, antes que eles se tornem patologias de fato. Tuberculose, meningite e câncer são alguns exemplos de doenças que, se antes constituíam uma sentença de morte, atualmente são passíveis de tratamento, principalmente se descobertas em estágio inicial. (Porter, 2008)

A experiência clínica demonstrou as vantagens da identificação precoce das enfermidades. Quanto mais rapidamente identificado um processo patológico, a princípio, melhor o seu prognóstico. A cronificação de um estado anômalo representa a diminuição das possibilidades de intervenção. Seja em decorrência do alastramento da doença, ou das comorbidades que ela suscita, a resposta ao tratamento torna-se mais difícil, uma vez a doença instalada. (Czeresnia, 2003)

Desse modo, as noções de diagnóstico e intervenção precoce encontram-se intimamente ligadas. O diagnóstico clínico visa circunscrever a condição

³⁸ Anomalia aqui compreendida como uma alteração, não necessariamente patológica. Por exemplo, o fato de se ter nódulos no seio não necessariamente é considerado uma patologia, uma vez que eles podem não ser malignos. O que torna uma anomalia uma doença é seu caráter patológico.

patológica ou anômala e com base neste, é possível não somente fazer um prognóstico da situação, mas planejar uma ação terapêutica pontual, rápida e possivelmente mais eficaz.

Assim, em todo mundo discute-se a necessidade de fortalecer a medicina preventiva (movimento inaugurado em parte pelos higienistas na metade do século XIX, mas sem dúvida alguma fortificado nas últimas décadas). Isso pode ser observado no aumento dos investimentos em pesquisa para criação de métodos e máquinas que possibilitem um diagnóstico precoce³⁹.

A proposta de prevenção não visa somente o paciente particular, mas também à análise de situações sociais que são potencialmente causadores de patologia. A medicina preventiva representa a ampliação da preocupação com a saúde⁴⁰ para um campo mais amplo, pensando a sociedade. Vacinas, campanhas de conscientização, saneamento básico, projetos de intervenção em comunidades mais carentes – são alguns dos exemplos da medicina visando a prevenção de futuras doenças e promovendo a melhoria das condições de vida da população.

Os dados falam por si, as melhoras no saneamento básico e campanhas de vacinação fizeram com que a taxa de mortalidade de crianças até cinco anos caísse 60% entre 1990 e 2008 no Brasil (Abril, 2012). Milhares de crianças brasileiras morriam anualmente de desnutrição e doenças infecciosas, decorrentes de alimentação inadequada. Situação que pode ser significativamente alterada, nas últimas décadas, com pequenas intervenções. Doenças infecciosas respiratórias e as diarreicas constituíram, durante muito tempo, a principal causa de morte das crianças até um ano de idade (Murahovschi, 2006). As taxas de natalidade e mortalidade infantil brasileiras (e mundo afora) melhoraram significativamente, isso em decorrência de uma política pública preventiva.

A medicina preventiva constitui, portanto, instrumento importante na criação do bem estar social. Ao identificar e agir sobre possíveis situações de risco, muitas vezes com pequenas intervenções (o Programa de Saúde da Família é um

³⁹ Dados da OMS (2007) indicam que 9,7% do PIB mundial são utilizados em saúde (em <http://www.hbrbr.com.br/materia/quatro-dimensoes-competitivas-da-saude#sthash.VicSxiwM.dpuf>)

⁴⁰ Saúde aqui pensada não somente como ausência de doença, mas como uma condição que diz respeito ao bem estar físico, mental e social.

bom exemplo de ações eficazes do Estado na promoção da saúde da população), torna-se possível interromper o curso de um estado patológico e prevenir que os indivíduos fiquem em risco.

Na psicologia vemos o reflexo dessa proposta da medicina científica – a pesquisa visando intervenção precoce é uma forte vertente principalmente nos últimos anos, tanto nas Américas, quanto na Europa. Instituições de ensino e pesquisa em todo mundo buscam estabelecer parâmetros para efetuar um modelo preventivo dos acometimentos mentais, a fim de detectar precocemente a aparição de doenças e transtornos mentais através de exames clínicos, dados estatísticos e pesquisas de imagem. (Rev. Latinoam, Psicopat. Fund., 2003)

Clinicamente, nos diz Golse, é evidente que quanto mais a intervenção terapêutica é precoce, melhor é o futuro social, emocional e cognitivo da criança (Golse, 2005).

A infância é um momento privilegiado da constituição do indivíduo (isto não apenas em Freud, mas como um consenso geral nas ciências), em que a criança está constituindo uma série de ancoragens para a vida futura. Os processos de adoecimento na infância tem uma repercussão considerável sobre o desenvolvimento da criança e sobre o sucesso de suas aprendizagens.⁴¹

Uma criança sintomática pode ter problemas de sociabilização, seu desenvolvimento cognitivo pode ser prejudicado, marcando-a para o resto de sua vida. Reconhecemos, por exemplo, como a intervenção precoce em crianças autistas é fundamental para um bom prognóstico.

A psicanálise teve papel importante ao demonstrar como os primeiros anos de vida são constitutivos e devem merecer cuidados e atenção, por isso a preocupação no manejo e na educação das crianças ganhou um papel de destaque, como vimos no capítulo anterior. Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott e Françoise Dolto foram alguns dos autores que enfatizaram a importância de criar um ambiente propício na educação das crianças para um desenvolvimento mais

⁴¹Vide Freud (1905), Winnicott (2012), Golse (1998, 2003) ; Dolto (2005), Costa (2003), Bercherie (1989), Roussillon (2007)

satisfatório e na atenção que deve ser dada ao seu desenvolvimento, observando eventuais distúrbios.

O crescimento do número de diagnósticos, discutido na introdução de nosso trabalho e que gerou o interesse para pesquisar o tema, deve ser atribuído em grande parte a esse movimento visando intervenção precoce. A disponibilidade de estatísticas relativas ao percentual da população com transtornos mentais⁴² aponta para uma tentativa da compreensão da situação, com fim de planejar ações terapêuticas em ampla escala.

3.1.1 Os riscos e desafios da proposta preventiva no campo da saúde mental infantil

Falamos dos aspectos positivos da medicina preventiva e da intervenção precoce como uma direção de trabalho no campo da saúde. Contudo, Golse indica que quanto mais as possibilidades de detecção precoce aumentam, mais se deve refletir sobre o manejo das informações recolhidas pelas novas técnicas de detecção (Golse, 2005), principalmente no campo da saúde mental. Um diagnóstico infantil mal executado pode ter efeitos iatrogênicos nefastos.

A condição da criança, sujeito em pleno desenvolvimento, torna-a mais suscetível e influenciável pelo seu meio. O olhar que é dirigido à criança, o que se espera dela, o que se fala dela, o lugar que ela ocupa na família, o que pode se escutar dela e lhe retornar, como ela aprenderá a significar suas emoções e as emoções alheias – isso constituirá em parte suas ancoragens para lidar com a vida.

Primordialmente dependente do adulto, a criança necessita deste para que suas experiências emocionais se tornem significativas. A dependência é uma condição imprescindível do processo de humanização do sujeito, de forma que a criança esta exposta, nessa fase da vida, de maneira particularmente vulnerável ao adulto, que “pode abusar de sua força e submetê-la a uma forma de violência extremamente nociva, a violência simbólica” (Costa, 2003, p.97)

⁴² Dados da OMS indicam que aproximadamente vinte por cento das crianças e adolescentes sofrem com problemas ou transtornos mentais (OMS, 2005).

O diagnóstico efetuado de forma desastrosa pode cronificar a criança em certa “maldição” – ao identificar o infans e produzir que ele próprio se identifique e “cole” a um determinado diagnóstico. Ao invés de produzir saúde, corremos o risco de produzir doença num momento crucial da constituição do sujeito. Afinal, a educação da criança, o olhar e o tratamento que será dirigido a ela será influenciado pelo diagnóstico efetuado pelos especialistas. (Costa, 2003)

Se entendermos a infância como um momento de construção e constituição, fase de plenas alterações (quem tem contato com crianças, sabe como elas se “mutam” a cada semana) esse é o pior momento para constrangê-la a uma “condição patológica” – hiperativa, disléxica ou autista. Tirando casos mais extremos, há de se ter muita cautela ao “fechar” um diagnóstico infantil.

Afinal, a criança passa por uma série de transformações ao longo de seu desenvolvimento que muitas vezes denotam um “falso positivo”. (Jerusalinsky, D., 2011) Suas sintomáticas são frequentemente transitórias, parte de elaborações e pertinentes a seu desenvolvimento.⁴³

A particularidade do sintoma na infância consiste exatamente em que ela implica em algo “a mais” do que o sintoma no adulto – suas marcas, o destino que é dado ao sintoma e aos impasses surgidos na infância constituirão um indivíduo. As marcas subjetivas que formarão o indivíduo serão em parte decorrentes da forma como as problemáticas surgidas na infância serão subjetivadas e manejadas.

Deste modo, a “*Primum non nocere*”- um dos aforismos mais antigos da medicina – deve ser aqui tomado com seriedade. “Antes de mais nada, não causar mal”, há de ser a premissa de qualquer profissional de saúde (entre eles, o psicólogo), educador ou cuidador.

⁴³ Retomaremos o assunto mais a frente.

3.1.2 O diagnóstico na infância e os educadores

Vorcaro (2011) aponta que a atenção psiquiátrica encontrou no recurso diagnóstico o meio privilegiado para definir a condição da criança que a despeito de uma condição orgânica suficiente, denunciava um mal estar.

Manuais foram criados para listar quadros sintomáticos que indicariam a presença de um transtorno ou patologia - hábitos estranhos, dificuldades nas aquisições de hábitos cotidianos, temores ou agitações intensas, inibições pedagógicas da criança, descoordenação motora, dificuldades na fala e assim por diante. (Vorcaro, 2011)

Na página introdutória do DSM IV, a finalidade de uso do manual:

“A finalidade do DSM IV consiste em oferecer descrições claras das categorias diagnósticas a fim de permitir que clínicos e investigadores diagnostiquem, se comuniquem estudem e tratem pessoas com diferentes transtornos mentais” (DSM IV- 2003, p.33)

Cabe dizer, que o diagnóstico não é privilégio do médico, especialistas nas diversas áreas de saber efetuam diagnósticos. Tomado num espectro mais amplo, o diagnóstico faz parte de uma circunscrição de uma situação, baseada em hipóteses sobre sua origem (etiologia) e que gera um plano de ação possível. Farmacêuticos, médicos e educadores fazem diagnósticos em sua prática diária. Seja para avaliar uma medicação e seus efeitos colaterais, seja na avaliação de um aluno e na investigação das causas de sua dificuldade de aprendizagem. Como vimos acima, o DSM IV já aponta para a utilização do manual visando outros públicos que não somente os psiquiatras.

Neste momento, interessa-nos focar nos educadores e suas hipóteses diagnósticas. Vimos no capítulo anterior como foi do campo da educação (e não da medicina) que surgiram as primeiras hipóteses diagnósticas e ações terapêuticas para o tratamento de crianças com dificuldades.

O professor, quando identifica em sua turma uma criança com um comportamento anormal, gera, mesmo que de forma inconsciente, uma série de hipóteses para o comportamento da criança e promove ações que possam auxiliá-la a retomar seu desenvolvimento “normal”.

Muitas escolas vêm especializando seus professores a identificarem, por exemplo, crianças com hiperatividade, dislexia e autismo, nas chamadas “educações continuadas”⁴⁴. Estas visam aparatar o professor da melhor forma para que identifique as condições de saúde dentro de sala, de modo a poder avaliar estados anormais e intervir rapidamente.

A educação, por seu legado histórico de “gerar saúde” (visto no capítulo dois) inclui-se, portanto, também na direção de trabalho proposto pela medicina preventiva – intervir precocemente para um melhor prognóstico - direção que, como já vimos, vem pautando o trabalho das áreas de saúde em todo o mundo.

As escolas e os profissionais de educação buscam se atualizar em relação às novas tecnologias para oferecerem “a melhor educação”, a “melhor chance”, os recursos “mais modernos” para seus alunos. Causa, portanto, nobre.

Por um lado, as educações continuadas indicam a consciência da responsabilidade que as instituições de educação e os educadores têm sobre sua função. Além disso, representam uma preocupação em sempre estar atualizados em relação à prática educacional. Por outro, elas vem causando um impacto na educação das crianças. Milhares de jovens vêm sendo diagnosticadas mundo afora, a partir de encaminhamentos escolares demandando avaliação de um profissional da área médica⁴⁵. E é aí que identificamos (diagnosticamos) a problemática dos tempos atuais da proliferação diagnóstica.

Muitos professores vêm sendo treinados (os pais também buscam esse tipo de informação na literatura e nas mídias) a identificar uma condição anômala da criança, a partir de uma premissa basicamente biologizante, que acaba por destituir outras hipóteses. Afinal, como já vimos no primeiro capítulo, a medicina biológica tem ganhado cada vez mais “status” por sua condição “mais científica”, “mais eficaz”. Isso pode não ser totalmente verdadeiro, mas é ao menos vivido dessa forma pelo social e pelas instituições escolares.

⁴⁴ Termo utilizado para capacitação dos professores nas instituições onde trabalham. Isso é realizado também nas escolas públicas. A educação continuada não trata apenas de temas relativos à saúde e aos transtornos mentais das crianças, ela é uma ferramenta institucional de atualização dos professores.

⁴⁵ O professor faz sua observação, cria uma hipótese diagnóstica e planeja uma ação. A mesma pode vir na forma de uma indicação para a criança ser avaliada por um médico, psiquiatra ou psicólogo. A título de exemplo, se o professor vê que seu aluno não consegue ler, ele cria uma série de hipóteses acerca da dificuldade da criança – problema de vista, falta de atenção, lacunas na educação, etc. A hipótese mais provável encaminhará um plano de ação – indicar que a criança vá ao oculista, aulas de reforço, modos de conquistar a atenção da criança em sala, etc.

Não é de se espantar, portanto, que esse tipo de olhar para o desenvolvimento da criança (a dizer, seu desenvolvimento cerebral, do ponto de vista orgânico) esteja cada vez mais em voga. Os professores são “treinados” a observar as crianças e identificar certos comportamentos típicos que denotam provável disfunção cerebral. Seu “olhar” passa a buscar esses elementos, pois se forem capazes de identificar uma anomalia em estágio inicial, isso representaria melhores chances para seu aluno.

Em meu trabalho na escola, participei ao longo de dois anos, de três educações continuadas que giravam em torno dessa temática. Esses “treinamentos” buscavam apresentar aos professores as mais recentes descobertas sobre o funcionamento cerebral das crianças e as novas técnicas diagnósticas provenientes de pesquisas neurocientíficas. Alertavam ao professor, que as crianças antes consideradas agitadas e “impossíveis” possuíam na realidade uma condição orgânica, da qual elas tinham muito pouco controle. Mal compreendidas, essas crianças eram antigamente deixadas de lado, sendo isoladas do processo educacional. Através dos avanços tecnológicos e de tratamento, seria possível na atualidade identificá-las e incluí-las no sistema educacional através de manejos específicos. O curso seguia alertando que o cérebro dessas crianças funciona com outro padrão, não sendo propriamente uma doença⁴⁶, mas um transtorno, um funcionamento atípico do cérebro.

Ao identificar crianças com prováveis disfunções da atividade cerebral – ou seja, compreendido em termos de disfunção orgânica, que independe da história do sujeito – os professores são convocados a encaminhar os pais a profissionais de saúde (adequados ao caso) e planejar uma ação terapêutica conjunta (escola – família - especialista). A criança muitas vezes necessitaria de tempo extra, atenção individualizada, exercícios mais adequados à sua “condição”. Professores vêm sendo, portanto, estimulados a ficar atentos a prováveis anomalias típicas nos desenvolvimentos das crianças.

Nossa tese é a de que provavelmente esse estímulo foi um dos principais fatores que influenciaram a proliferação de diagnósticos em todo mundo ocidental, citada na introdução de nossa pesquisa. O boom nos diagnósticos é fruto de uma mudança de referenciais teóricos na medicina e na educação, que

⁴⁶ Essa perspectiva pode ser observada também no famoso livro “Mentes Inquietas” de Ana Beatriz Barbosa e Silva – livro inclusive popular entre muito educadores.

passaram a valorizar o funcionamento cerebral na compreensão do desenvolvimento infantil e patologias na infância relegando outros fatores a uma importância secundária.

O vocabulário psicopatológico adentrou, deste modo, o campo educacional nas últimas décadas. Assim, ao notar um comportamento mais agitado da criança, é muito comum dentro do campo escolar atualmente que se pense logo em hiperatividade. Se a criança é desatenta, logo se pensa em déficit de atenção, se tem dificuldade de ler, troca letras, dislexia. (Jerusalinsky, 2011)

Tal fato é perigoso, pois pode aprisionar a criança em uma suposta “condição”, cronificando-a em um quadro patológico muitas vezes transitório, impedindo que ela se desenvolva de forma adequada.

Jurandir Freire Costa alerta que os indivíduos se apropriaram do vocabulário e dos métodos diagnósticos da psicopatologia clínica e passaram a codificar o sofrimento psíquico em termos de desvio ou anormalidade mentais. No entanto, diz o autor:

“O que aumentou não foi a saúde mental, mas a capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos. O que cresceu não foi a taxa de sanidade psicológica, mas a clientela psiquiátrico-psicoterapêutica.”(Costa, 2003, p.91)

Confirmando a partir da minha prática as palavras de Jurandir Freire Costa, o que se observa é um aumento significativo das crianças diagnosticadas com transtornos em sala de aula, sem que isso represente uma melhora na qualidade de vida das mesmas.

Trarei um exemplo de minha prática para discutir os perigos de um diagnóstico mal feito.

3.1.3 Os perigos do diagnóstico na prática

Lucas e a dislexia

Há mais de uma década leciono alemão para crianças e adolescentes. Parte do interesse em estudar o aumento de diagnósticos psicopatológicos também

surgiu em decorrência de inúmeros alunos aos quais lecionei, que foram claramente mal diagnosticados.

Lucas⁴⁷, dez anos de idade, é um desses casos. Tinha muitas dificuldades em alemão e em outras matérias na escola e no ano letivo anterior havia ficado à beira da repetência na língua estrangeira. Era um menino claramente inteligente, mas já há muito tempo não conseguia acompanhar as aulas no colégio alemão, em que estudava, de forma que sua mãe procurou minha ajuda. Um ano se passou e Lucas teve melhoras significativas. Parte do meu trabalho consistiu em ajudá-lo a aprender a estudar, não apenas decorar fatos, mas refletir sobre eles, brincar com eles. Lucas passou a tirar boas notas, inicialmente em alemão, depois nas outras matérias.

A mãe de Lucas, ao final de uma aula, me fala que a fonoaudióloga de Lucas gostaria de falar comigo, pois o menino já estava em tratamento com ela desde os sete anos e só apresentara melhoras a partir do momento em que comecei a dar aula pra ele. Espantada, fiquei me questionando se eu não havia percebido que Lucas tinha a língua presa (na época, erroneamente achava que essa era a única função de uma fonoaudióloga). Perguntei à mãe de Lucas porque ele ia à fonoaudióloga desde os sete anos. A mãe me respondeu muito admirada, me questionando se eu não sabia do fato, e me relata que Lucas era disléxico. “Em alemão, pelo menos, Lucas não é disléxico”, disse e me espantei com o diagnóstico. Descobri que a escola, há dois anos, cedia vinte minutos a mais em cada prova para que Lucas tivesse tempo para responder - a fonoaudióloga havia sido indicação da escola.

Como já tinha uma boa relação com a família, disse que não achava que Lucas precisava de vinte minutos a mais nas provas, que os pais deveriam repensar isso com a escola, pois ele não teria vinte minutos a mais na faculdade, no trabalho, na vida. Lucas lia de fato com alguma vagareza, mas assim como outros alunos, cada criança apresenta dificuldades em algumas atividades e facilidade em outras. Disse para Lucas que se ele lia mais devagar, teria que dar um jeito de ser rápido em outras atividades. Avisei que as notas poderiam cair,

⁴⁷ Os nomes e alguns dados, que não tem extrema relevância, serão alterados para manter a privacidade dos citados.

mas que a longo prazo era o melhor para ele. Lucas aparentemente não gostou muito, pois iria perder seu tempo extra na prova, mas acatou a ideia.

A mãe de Lucas bancou minha indicação e entrou em contato com a escola, que se opôs fortemente de início, mas fez como a mãe solicitou. A aula de Lucas comigo ainda duraria mais um ano, quando disse a ele que não precisava mais de aula particular, mas poderia me ligar quando quisesse. Lucas me liga desde então a cada seis meses, aproximadamente, na maioria das vezes só para me dar notícias de como está e conversar, outras vezes, para tirar dúvidas. Há algum tempo atrás me procurou para contar que havia tirado uma nota muito alta em alemão, a melhor da turma, e que havia terminado a prova vinte minutos antes do horário. Sorri e disse: “Não te disse que você conseguia?” Ele concordou.

A situação é simples, mas faz refletir o que teria acontecido não fosse a intervenção de questionar o diagnóstico de Lucas. Durante três anos, e num período de formação escolar crucial, o menino foi tratado como uma criança cujo fracasso escolar era justificado por um distúrbio no processo do pensamento (assim a mãe me explicou). Seu “distúrbio” era reafirmado pela escola ao ceder vinte minutos extras em comparação ao resto da classe (o que era vivido por Lucas com vergonha frente aos colegas e com alívio, porque achava que precisava do tempo extra).

O risco iatrogênico, ou seja, decorrente de um diagnóstico mal feito (e que no caso dele, não foi nem repensado pela fonoaudióloga ou pela escola), é evidente nesse caso. Lucas já se formou na escola, passou no vestibular e não precisa mais de vinte minutos desde os onze anos. Imagino o que teria acontecido, caso ele não tivesse alguém para questionar seu diagnóstico, que pudesse olhar para ele de outra maneira, apostasse em uma outra solução.

O “ganho” aparente de vinte minutos, em decorrência de sua “condição” escamoteia uma desistência dos cuidadores e dos pais de ver na criança algo para além de um corpo “biológico”, uma “condição disfuncional”. Se por um lado o diagnóstico alivia os pais, pois nomeia o mal estar apresentado e causado pela criança, por outro ele não é suficiente para gerar saúde, gerar mudança.

O diagnóstico não deve ser o alvo do trabalho, mas seu ponto de partida. Reconhecer as dificuldades e o limite das crianças é importante, mas é preciso a partir desse reconhecimento, fazer um trabalho para além do mesmo, criar vias para a criação. Se a criança tem dificuldades de leitura, é preciso que alguém a estimule a ler, que invista tempo e desejo, lhe dê tempo e possibilidade para que construa meios criativos de lidar com os impasses da vida.

Não há dúvidas de que uma avaliação bem feita pode implicar em uma atenção à criança em situação de risco. Todavia, se o diagnóstico tem apenas a função de prever todas as limitações da criança e seu futuro como cidadão, então vamos por mal caminho.

A criança, muitas vezes, não se encontra em posição de questionar o diagnóstico. Se o faz, é através do sintoma que insiste em aparecer. Cabe, portanto, aos clínicos, pais, educadores, cuidadores, refletir para que serve o diagnóstico, qual a sua função, principalmente na melhoria de vida da criança. Novamente, vale lembrar a máxima “*primun non nocere*”.

Laura e sua “condição”

Outra situação exemplar vem do relato de uma professora, com quem tive o prazer e a honra de trabalhar. Essa tinha em sua turma um aluno com paralisia cerebral. Laura, com 6 anos de idade, possuía muitas dificuldades de locomoção, necessitava de andador e normalmente de alguém para auxiliá-la a se deslocar. Conseguia se sociabilizar e participar, com bastante dificuldade, das atividades propostas em sala.

As funções cognitivas da criança pareciam intactas, se comunicava com alguma dificuldade. Seu controle motor era pouco, o que dificultava desenhar ou jogar. Em reuniões realizadas com a terapeuta ocupacional e o médico foi dito à professora e à direção escolar que a menina nunca seria capaz de escrever ou desenhar de forma mais clara, pois seus comprometimentos motores eram deveras extensos.

A professora achou que seria importante, no entanto, fazer um trabalho para que Laura aprendesse ao menos escrever seu nome. Considerava que a menina precisaria desse “mínimo” para participar ativamente no mundo - poder assinar um documento, se inscrever no social.

O médico e a terapeuta alegaram que seria uma exigência desnecessária, que acarretaria apenas em stress para a criança, desaconselhando qualquer tentativa nesse sentido. A diretora da educação infantil, após muitas conversas e discussões, resolveu sustentar a vontade da professora, apesar da equipe médica ser contra. A professora pedia apenas uma chance para fazer o trabalho, sem poder dar garantias de sucesso.

Fato é que passados sete meses a menina passou a escrever com muito orgulho seu nome, já é capaz de fazer um desenho com formas, apesar de toda a descrença de seus médicos, que se espantaram com o avanço de Laura.

Com base nos dados laboratoriais de seu paciente, os médicos e a fisioterapeuta só puderam ver o que a criança não seria capaz fazer, enquanto a professora pode enxergar um sujeito que para conviver minimamente em sociedade, precisaria poder inscrever e escrever seu nome. O fato de a professora poder vislumbrar outra realidade para essa menina e apostar em alguma construção possível, para além da realidade orgânica de sua aluna, tornou o fato possível. A realidade dos médicos, baseada em dados estatísticos, não conseguia ver um sujeito em desenvolvimento, com sonhos, força de vontade, influenciado pelo desejo do outro.

Manonni ressalta que mesmo em casos onde há déficit orgânico, a criança não precisa, nem deve ser colocada, neste lugar imóvel da dificuldade inata e comum a todos que possuem o mesmo diagnóstico (Manonni, 1964). Assim, evita-se o risco de iatrogenia. É preciso avaliar caso a caso, é preciso apostar com cada criança na capacidade de construção frente aos impasses. É preciso que os professores e pais desejem.

Para a criança, serão as falas pronunciadas pelo seu meio a respeito de sua doença (ou sintomática) e a forma como ela irá se colocar em relação a elas que irão adquirir importância e não o fato biológico em si - o relato acima é exemplar.

A escola, tal como compreendido na modernidade, tem uma função civilizatória, é o lugar onde as crianças devem adquirir um conhecimento sobre a sociedade, se tornar cidadãs, aprender valores, matérias que sejam úteis para a aprendizagem futura de uma profissão. Seu objetivo deve ser ampliar os horizontes da imaginação da criança, permitir que ela possa ter formas criativas de solução⁴⁸, para os impasses que a vida apresenta e não um espaço onde ela se resigne à suas “restrições” biológicas. Afinal, sempre haverá limitações, o que fazemos delas é o que faz a diferença.

O educador é o mediador que possibilita que a criança adquira esses conhecimentos. Ele deve confrontar as crianças com questões que exijam reflexão e que possam desenvolver capacidades de articular pensamentos, criar hipóteses. A função do educador é criar pontes, estradas de pensamento, que possibilitem que as crianças possam ser ativas no mundo.

Ao olhar para as crianças e atribuir uma patologia ao comportamento da criança, como se ele fosse a explicação última de sua existência, o educador⁴⁹ passa a cronificar a criança em uma condição patológica.⁵⁰

Cabe dizer que esse olhar é sustentado por toda uma rede teórica, suportado por especialistas, o professor é apenas uma das figuras que demonstra esse novo olhar biologizante para o desenvolvimento infantil.

Percorremos um longo caminho nos primeiros capítulos para demonstrar que tal fato é fruto de longa construção histórica. A biologia trouxe, sem dúvida, avanços enormes para as ciências médicas. Seu reconhecimento se deve à eficácia que grande parte de sua pesquisa aponta. No entanto, visamos aqui questionar esse

⁴⁸ Na Alemanha se trabalha em educação com a noção de “Problemlösung” nas educações infantis. A ideia é que o professor permita e estimule que a criança se encontre com impasses cotidianos e construa soluções. Essa temática não pode ser abordada no trabalho, pois representaria forte digressão do tema.

⁴⁹ Tomamos o educador aqui como figura, mas isso vale para os pais, familiares e especialistas de saúde.

⁵⁰ Uma criança que acompanhei em uma escola, numa direção de educação inclusiva, tinha um diagnóstico de autismo desde os dois anos de idade. Quando a conheci ela já tinha 4 anos. Todos os educadores da instituição se dirigiam à criança como se ela fosse autista. Ao iniciar o trabalho, questionei o diagnóstico da criança, falando sobre indícios que não diziam respeito a um quadro de autismo. Poucos meses depois da minha chegada, a criança passou a ter amigos, já se comportava de outra forma em relação aos colegas, seu diagnóstico de autismo foi descartado. Não pude trazer um relato mais extenso do caso, para não expor a criança, mas claramente a criança se comportava como uma “autista” porque assim era esperado dela.

tipo de olhar para as crianças, apontar para uma banalização e para o risco iatrogênico ao se conceber o desenvolvimento da criança e sua normalidade como um fato predominantemente orgânico.

O diagnóstico, em específico, o realizado na infância, não é tarefa fácil e envolve fatores múltiplos. Vimos ao longo do trabalho como os critérios diagnósticos e o olhar sobre a doença variaram ao longo da história – ora se atribuindo os estados anormais a fatores externos, decorrentes de maus hábitos e má educação, ora a fatores endógenos, genéticos. O diagnóstico sempre terá como pano de fundo as concepções do que se considera normal, do que é considerado desvio.

Afinal, tomando a frase inaugural do texto de Canguilhem (2008) “Para agir, é preciso ao menos localizar” - o localizar sendo compreendido como o circunscrever, diagnosticar – baseia-se na premissa que se localiza algo que funciona “diferente”, no caso das doenças. Algo é reconhecidamente percebido como não funcionando da forma como deveria e a partir disso criam-se hipóteses diagnósticas do que deve estar causando tal digressão.

Ajuriaguerra indica que se para a medicina somática a questão filosófica do que é considerado normal e patológico fica relegada ao segundo plano, para a psiquiatra - e aqui acrescentamos também todos os campos que lidam com o sofrimento psíquico – a situação é diferente. Os critérios, as bases teóricas, que o clínico utilizará para fazer a avaliação da situação determinará a direção do tratamento a ser tomado - pois elas direcionam o olhar do clínico.

Na medicina somática isso também está em jogo, mas de forma mais velada. Há claramente um trabalho de interpretação de qualquer clínico, seja em relação aos exames físico-químicos, seja na observação do comportamento do paciente ou na escuta de seu discurso. Por mais objetivo que se pretenda ser, toda avaliação, toda circunscrição é interpretativa, pois se baseia em premissas teóricas que recortarão os eventos de determinada maneira. A avaliação do que será considerado como doença tem estreita relação com o *Zeitgeist* de cada época.

Mesmo em relação aos exames de imagem, é necessário ter a concepção do que é um funcionamento cerebral normal para que se reconheça uma anomalia

(uma apresentação fora, portanto, dessa norma). Se atribuo a agitação da criança a um conflito psíquico é porque de algum modo tenho como premissa uma situação não conflituosa, “normal”. Seja numa perspectiva mais organicista ou que valoriza mais a vivência subjetiva da criança, o pano de fundo será sempre um valor em relação à normalidade.

Ao afirmamos que a concepção de normalidade é variável nas diferentes linhas teóricas, em relação à doença/transtorno mental, isso implica dizer que não haverá consenso entre os clínicos sobre o que se passa com a criança “problemática” e principalmente que o diagnóstico criará terapêuticas diversas.

Considerando a atividade excessiva da criança provavelmente gerada por uma disfunção cerebral, o psiquiatra solicitará exames neurológicos; se ele atribui sua sintomática a alguma situação conflituosa na família, solicitará trabalhar com os pais a situação; se confere a sintomática da criança a um processo de elaboração, irá convocá-la a falar e tentar dar lugar ao sintoma. Para cada concepção etiológica, gera-se um diagnóstico específico e uma ação terapêutica diferente.

Todas as ações, portanto, que podem ser tomadas frente a demanda da família em relação à criança (afinal, é raro que uma criança solicite ser atendida por um especialista) terão estreita relação com o que o clínico⁵¹ e o educador consideram a etiologia da situação conflituosa. Do mesmo modo, entender uma situação como patológica e conflituosa tem estreita relação com o que se considera normal.

Desde Canguilhem tornou-se evidente que o normal e o patológico constituem dois termos indissociáveis de uma mesmo par antitético. Canguilhem (2008) indica em sua obra que a questão da patologia é muito mais uma discussão de valor do que de objetividade.

O autor afirma que não há nada do que se possa chamar de patológico em si. Podemos descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, mas não podemos chamá-los de “patológicos” com base em nenhum critério objetivo. Ao

⁵¹ O termo clínico está sendo usado aqui de forma generalizada, em relação aos profissionais da área de saúde que atendem crianças.

longo da história vimos como os limites do normal e patológico variaram, o que de fato confirma a colocação do autor. Isso não implica em dizer que não há doença, ou que a doença é uma abstração; mas sim dizer que o conceito é dinâmico, a forma como ela é vivida variou em relação à cultura e ao tempo.

Não podemos cair no risco de banalizar a questão da doença. Sua existência é inegável, mesmo que ela só seja percebida subjetivamente (como diz Freud, a realidade que importa é a realidade psíquica). Há um ponto comum ao longo da história: a doença, a experiência de estar doente é vivida como uma situação polêmica, que deve ser combatida.

Para fugir do impasse valorativo sobre as enfermidades, Canguilhem propõe uma outra forma de circunscrever a saúde e a doença:

“O homem é são, na medida em é normativo em relação às flutuações de seu meio.” (Canguilhem, 2011, pág.166).

O autor indica, que frente às dificuldades que a vida impõe, o indivíduo se utiliza de diversas “normas”, “meios”, que aprendeu ao longo de seu desenvolvimento, para lidar com estas situações. O estado patológico, para Canguilhem, consistiria na redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, em uma constrição das possibilidades que ele terá para lidar com a vida.

A título de exemplo, podemos tomar um idoso com problemas na perna. Este não poderá escalar uma montanha ou caminhar longas distâncias, precisará ir ao banheiro toda vez antes de sair de um estabelecimento, pois sua vagareza não lhe permitirá que corra até um banheiro mais próximo, caso necessário. Terá que colocar apoios pela casa, para poder ter mais segurança nas tarefas diárias e assim por diante. Sua doença passa a determinar, em parte, a forma como ele poderá circular no mundo, constringendo sua ação no mundo.

O doente, na visão de Canguilhem, só é doente, portanto, por admitir poucas normas. Baseado nas ideias de Goldstein, o autor fala da doença como a instauração de novas normas de vida por uma redução do nível de sua atividade, em relação com um meio novo, mas limitado. A doença priva o sujeito e ao mesmo tempo exige que reformule sua vida em torno da doença.

Isso implica dizer que o fato de tratarmos uma criança à partir de sua patologia, como se ela fosse a garantia de um saber sobre suas “limitações” (por exemplo, que toda criança hiperativa não terá condições de fazer uma prova com os outros colegas, por ter muitas distrações; ou que uma criança disléxica necessita de 20 minutos extras na prova), é produzir um adoecer, tal como postulado por Canguilhem.

Antes que se dê chance e espaço para que a criança construa caminhos frente suas dificuldades, impasses, a posição atual em relação à problemática da criança fecha e limita as vias de solução possíveis, o número de normas possíveis.

Lucas, meu aluno “disléxico”, passou três anos submetido a uma única norma – só poderia fazer provas se tivesse mais tempo para execução das mesmas. Não se buscava uma outra alternativa, o garoto estava submetido a um rigor de ação referente à sua suposta “condição disléxica”.

A infância é um momento importante para que se criem quantas “normas”, tal como trabalhado por Canguilhem, forem possíveis. Submeter a criança à constrição de apenas algumas normas para lidar com as dificuldades da vida é adoecê-la em seu devir.

Por isso a importância da psicologia se posicionar em relação a esses assuntos. Por mais que grande parte das terapêuticas não se pautem pelo DSM e que o diagnóstico na clínica seja pensado de outro modo, há uma responsabilidade dos psicólogos a intervir numa situação iatrogênica, onde são utilizados significantes de seu campo. O discurso psicológico e psiquiátrico vem sendo apropriado de maneira perigosa pelo campo educacional. Cabe aos psicólogos discutir os perigos e a responsabilidade ética de diagnosticar uma criança, principalmente em tenra idade. Devemos valorizar a função do olhar na constituição da criança, possibilitar assim que retornemos a uma visão mais “humana” e menos idealizada da infância.

3.2 A criança e sua normalidade – um outro olhar sobre a questão

Não é possível, diz Winnicott, fazer uma nosologia das patologias da infância tomando unicamente o comportamento. Afinal, a criança tem uma *gama tão variável do normal* que “hesitaríamos antes de rotular de anormais quaisquer crianças em função do respectivo comportamento” (Winnicott, 2012/1982, p. 140). Não é, pois, comparando o comportamento de uma criança com o de outra que podemos avaliar o que é normal. (Winnicott, 2012, p. 141).

Winnicott indica que em crianças saudáveis, em meio a períodos de calma e tranquilidade, verificam-se repetidas excitações. Essas podem ser encaradas como fome, por exemplo, em um corpo com determinadas necessidades, ou fruto de ideias excitantes.

“Essas experiências excitantes desempenham um papel muito importante no desenvolvimento da criança, promovendo e ao mesmo tempo complicando o crescimento” (Winnicott, 2012, p. 111).

A criança passa em seu desenvolvimento por um processo gradual de elaboração de como lidar com seus sentimentos, impulsos, necessidades. Sentimentos estes produzidos interna e externamente, que se afetam e são afetados em sua relação com o meio. Ou seja, o desenvolvimento de uma criança será marcado por uma intensidade motora e subjetiva.

Winnicott alerta (e ao mesmo tempo acalma) às mães que as crianças, num desenvolvimento sadio, desenvolvem toda a espécie de sintomas. Não se pode esperar de crianças sadias crescerem sem dar jamais um motivo de preocupação e ansiedade. O importante a assinalar às pessoas a respeito de bebês e crianças, diz o autor, é que a vida para estes é inevitavelmente difícil. Para as crianças e muito mais para os bebês a vida é uma série de experiências terrivelmente intensas. Nossas experiências infantis, que procuramos reeditar de todo modo na vida adulta, são valiosas exatamente por sua intensidade.

Mesmo repleta de boas vivências, não existe uma vida sem lágrimas, onde a criança não tenha que lidar com dificuldades e impasses de seu desenvolvimento. O mais carinhoso e compreensivo ambiente de vida familiar não pode alterar o

fato de que o desenvolvimento humano é árduo.⁵² Em todas as crianças haverá sintomas, que poderão indicar ou não um sintoma de doença, indica Winnicott (2012).

De acordo com Winnicott (2012), o sintoma muitas vezes é um sinal de que a criança ainda espera conservar a individualidade que, de algum modo, foi ameaçada. Como uma tentativa de elaborar e resguardar o sujeito de uma situação angustiante, o sintoma faz parte de um processo do funcionamento psíquico que muito se assemelha às teses hipocráticas que vimos em nosso primeiro capítulo. O corpo tenta restabelecer de algum modo seu equilíbrio interno.

Freud reconhece igualmente em sua obra sintomas que não seriam patológicos, mas sim parte de um processo de desenvolvimento - como constitutivas do sujeito. O sintoma, deste modo, paradoxalmente, seria passível de não ser patológico. Ele pode ser fruto de uma elaboração para dar conta dos impasses do desenvolvimento, do contato com a dureza do real da vida, assim como do encontro com a castração.

Freud demonstrou a importância dos primeiros anos da vida no ser humano, a criança deve passar por conflitos que lhe são necessários. (Mannoni,p.29) A organização sexual será um desafio para cada indivíduo, os conflitos deste período constituirão as saídas que a criança fundará para seu agir na vida. As experiências da pequena infância e a forma como elas foram acolhidas e vivenciadas irão fornecer as ancoragens para o futuro adulto (Golse, 2003)

A forma e o significado que damos às manifestações “esquisitas” ou sintomáticas da criança, o manejo e destino que elas terão, influenciarão no destino que as crianças poderão dar a elas. A criança necessita do adulto para que suas experiências emocionais se tornem significativas. (Costa, 2003)

Para que os bebês se convertam em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio. Esse bom princípio envolve dar o tempo da criança para elaborar suas questões.

⁵² Winnicott diz inclusive que um lar perfeitamente adaptativo também seria difícil de perdurar, pois não haveria lugar para o alívio de uma cólera justificada.

Winnicott indica que os pais não devem achar que a criança está doente quando tiverem que lidar com as loucuras de seus próprios filhos. Deve-se esperar, diz ele:

que a criança seja possuída por toda espécie de pessoas reais e imaginárias, por animais e coisas, e por vezes essas pessoas e animais imaginários saltarão para fora, de modo que é preciso fingir que também os vemos, a menos que se queira provocar uma grande confusão, solicitando à criança que se comporte como uma pessoa crescida, quando ainda é pequena. (Winnicott, 2012/1982, p.147)

As crianças são por vezes estranhas, esquisitas, nojentas. Winnicott diz que os manuais parecem gostar de crianças boas, obedientes e limpas (Winnicott, 2012/1982). Manuais que possivelmente foram escritos por pessoas que não tiveram contato com crianças, ou que se encontram cindidas de sua própria infância ou da realidade. Eles falam de uma criança idealizada, assintomática.

Cabe aqui um pequeno exemplo do que queremos demonstrar.

Helena e seu band-aid

Helena, com cinco anos de idade, durante três meses usou um band-aid no meio da testa, pois dizia estar com dor de cabeça e precisava do curativo. Seus pais fizeram de tudo para convencê-la do contrário, indo inclusive à noite em seu quarto para tentar arrancar-lhe o curativo da testa. Nada funcionou, a menina entrava em prantos e dizia que precisava do curativo. Temiam que ela não tirasse nunca mais o band-aid da testa e ficavam envergonhados ao encontrar outros adultos na presença da filha. Os pais, por fim, resolveram deixar Helena em paz e entenderam que se tratava de alguma fantasia. Um belo dia, a menina retirou o band-aid dizendo que não precisava mais dele, pois “a cabeça estava boa”.

Os pais até hoje não sabem o que se passou, mas compreenderam que havia alguma lógica própria de Helena, ela precisava de tempo. Tivessem eles dado uma dimensão patológica ao ocorrido, podemos imaginar que talvez ela não pudesse se desfazer do curativo.

Este é exatamente um dos pontos mais relevantes para discutir os parâmetros diagnósticos e a utilização dos mesmos nos tempos atuais. O risco de

iatrogenia surge quando não deixamos as crianças terem seu tempo para elaborar suas esquisitices. Estamos produzindo um olhar para a criança que dificulta que a mesma encontre outros meios de lidar com seus impasses. É preciso dar tempo às crianças, deixar que sejam crianças, que se comportem como crianças, que exerçam suas esquisitices. Predizer um futuro doente a partir de uma sintomática infantil pode ser violento.

Golse (2003) afirma que a “medicina preditiva” é a grande doença de nosso século. Se a prevenção é benéfica, pois propicia um olhar cuidadoso para estar atento em ir ao socorro de crianças em risco, que necessitam de auxílio; a predição adoce a criança no seu vir a ser, criando um vir a ser que denunciamos – um destino que neuroticamente produzimos.

A cristalização dos diagnósticos, ou seja, o diagnóstico tomado como a “verdade permanente” sobre a criança, e a medicalização dos sintomas não contribuem para a produção de saúde. Ao contrário, podem ser o encaminhamento para a tragédia da cronificação. (Checchinato, 2007)

Finalizamos aqui o último percurso de nosso trabalho. Buscamos demonstrar como o boom dos diagnósticos infantis, observado nas últimas décadas, está intimamente ligado ao processo histórico da medicina e da educação.

O ideal de prevenção atrelado a uma mudança dos referenciais teóricos nas diversas áreas de saber fizeram com que se exacerbasse a atenção para os comportamentos “erráticos das crianças” e se multiplicassem os diagnósticos. “Esquisitices”, “agitação”, “falta de concentração” (nas atividades que o adulto deseja que a criança participe) se tornaram sinais de transtornos.

Falamos sobre o risco iatrogênico de patologizar processos, que muitas vezes fazem parte do desenvolvimento infantil, e da necessidade de humanizarmos o olhar para a criança.

4. Conclusão

O trabalho de pesquisa e escrita sobre um tema não percorre, muitas vezes, um caminho reto. Algumas temáticas que parecem pertencer a um mesmo campo semântico às vezes se apresentam como distintas. Outras surgem surpreendentemente ao meio do caminho, como sendo obviamente correlacionadas. Procuramos limpar e retificar esse trajeto, na medida do possível, de forma a depositar um trabalho que guie o leitor nessa estrada forjada pela autora.

Nossa meta foi a de responder e analisar algumas questões relativas ao tema da pesquisa: o excesso de diagnósticos infantis na atualidade, suas razões históricas, a evolução da compreensão geral das patologias, as consequências para a criança de um diagnóstico mal executado.

A partir do referencial psicanalítico freudiano, procuramos traçar um histórico da valorização do fator orgânico para o entendimento e tratamento das doenças físicas ou psíquicas na medicina. A especificidade da infância e a evolução do olhar sobre os tratamentos infantis foi abordada assim como o tema da medicina preventiva e os riscos da mesma se tornar uma predição com efeitos iatrogênicos.

No primeiro capítulo, buscamos delinear como o olhar clínico foi se alterando ao longo da história da medicina, retirando a subjetividade e a particularidade do caso para a compreensão nosológica das doenças e para a confecção diagnóstica. Vimos como essa direção de trabalho, de objetificar e universalizar o diagnóstico, constitui um impasse para o campo da saúde mental.

No segundo capítulo, circunscrevemos como foram constituídos, ao longo do tempo, o conceito de infância e os tratamentos dirigidos a ela. Vimos o papel que a pedagogia teve na construção dessas terapêuticas e na evolução da interlocução fundamental que se deu entre escola, médicos e família. Demonstramos como não é recente o fato de o discurso médico estar infiltrado na educação infantil e que ambos os campos se influenciam mutuamente, mesmo que, na contemporaneidade, de forma velada. Observamos como a psicanálise possibilitou um novo olhar sobre a infância, tendo desempenhado papel

fundamental na construção dos saberes atuais sobre a criança e seu desenvolvimento, mas que, como parte de um movimento geral, vem perdendo cada vez mais espaço.

No terceiro capítulo demonstramos como o boom dos diagnósticos infantis, observado nas últimas décadas, está intimamente ligado ao processo histórico da medicina e da educação. O ideal de prevenção atrelado a uma mudança dos referenciais teóricos nas diversas áreas de saber fizeram com que se exacerbasse a atenção para os comportamentos “erráticos das crianças” e se multiplicassem os diagnósticos. “Esquisitices”, “agitação”, “falta de concentração” (antes vistos como pertinentes à infância) se tornaram sinais de transtornos.

Apresentamos a ideia de que o diagnóstico em si não é garantia de tratamento e alteração da situação, ele apenas nomeia um mal estar. A forma com que se lida com o mal estar, este sim constitui o trabalho.

O risco de afirmar taxativamente que uma criança é hiperativa, ou tem transtornos mentais, é o de cair em posição supostamente confortável de que há um distúrbio que isenta pais, educadores e clínicos de se questionarem sobre seu papel na sintomática da criança. O diagnóstico tomado como “fim” e “verdade” faz com que a criança fique sozinha com sua sintomática e seja constringida em seu desenvolvimento.

Nosso trabalho teve como objetivo, portanto, alertar para o uso indiscriminado dos termos psicopatológicos. Se, por um lado a atenção diagnóstica representa uma atenção para a infância, por outro esta, se mal utilizada, pode gerar um estado cronicado, um nome pesado do qual o infans tem poucas chances de escapar. Falamos sobre o risco iatrogênico de patologizar processos, que muitas vezes fazem parte do desenvolvimento infantil, e da necessidade de humanizarmos o olhar para a criança.

É preciso repensar a forma como estamos lidando com os impasses da vida e transmitindo essa “forma de lidar” para as próximas gerações. Ao banalizar o valor dos impasses no desenvolvimento humano e não compreender sua função estrutural, corremos o risco de criar uma humanidade que não mais poderá enfrentar suas questões ou pior, que as enfrentará pela via medicamentosa. Ao

medicar⁵³ a criança indiscriminadamente, como tem sido corriqueiro em diagnósticos de TDAH, ensinamos que, frente às angústias e impasses colocados pela vida, deve-se anestesiá-la. Concordamos com o alerta de Melman sobre o risco de estarmos criando uma geração predisposta a desenvolver dependência química – inicialmente dos medicamentos e depois, possivelmente, de drogas ilícitas (Melman, 2003).

A falta de compreensão sobre a sintomática da criança e a banalização do uso de medicação para tratar dificuldades que são próprias da vida social e incontornáveis da existência, constitui um olhar sobre a infância com efeitos graves - estamos adoecendo muitas crianças em seu devir.

Espero que o presente trabalho tenha jogado luz em questões que façam com que o intrincado debate dos diagnósticos na infância possa avançar. Provavelmente ainda precisaremos de algumas décadas para saber os efeitos e as consequências reais da hiperdiagnóstica.

⁵³ Cabe dizer que a autora não é radicalmente contra a medicação, mas acredita que esta deve ser administrada com muita cautela.

5. Referências bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. *Manual de Psicopatologia Infantil*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- Allamel-Raffin C., Leplége A., Junior L.M. *História da Medicina*. São Paulo, Idéias & Letras, 2011.
- Abril SA., *Almanaque Abril*, Ed. 2012, São Paulo, Editora Abril, 2012.
- Aquino, J.G., *Erro e Fracasso na Escola*. São Paulo, Summus, 1997.
- Ariès, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, LTC, 1981.
- Assumpção Jr. F.B. *Psiquiatria Infantil Brasileira*. São Paulo, Lemos Editorial e Gráficos Ltda., 1995.
- Badinter, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985 – Digital source
- Bercherie, P. *Os fundamentos da clínica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1989.
- Bercherie, P. *A clínica psiquiátrica da criança*. in
- Bergès, J., Bergès-Bounes, M., Calmettes-Jean, S. *O que aprendemos com as crianças que não aprendem?*. Porto Alegre, CMC, 2008
- Bergès, J., *O corpo na neurologia e na psicanálise*. Porto Alegre, CMC, 2008
- Bernardino, L.M.F. (org). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo, Escuta, 2006
- Birman, J., *Freud e a filosofia*. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2003
- Bynum, W. *História da Medicina*. Porto Alegre, L&PM, 2011.
- Caponi, S. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis* vol.21 no.3 Rio de Janeiro 2011
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2011.
- Cirino, O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças*. Belo Horizonte, Autêntica, 2001. ebook
- Clare, A. *Psychiatry in Dissent*. London, Tavistock Publications, 2001 ebook
- Costa, J.F. *Violência e Psicanálise*. São Paulo, Graal, 2003.

- Cunningham, H. *The Invention of Childhood*. Londres, BBC, 2006
- Czeresnia, D. *Ações de promoções de saúde e prevenção de doenças: O papel da ANS*. Fórum de Saúde Suplementar. julho/2003
- DER SPIEGEL. *Die Psycho-Falle*. Alemanha, Nr.4/21.1.2013
- Donzelot, J. *Die Ordnung der Familie*. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1980.
- Eibenschutz, C., org. *Políticas de saúde: o público e o privado*. (Ebook). Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 1996
- Foucault, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2011.
- Finkelman, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* (Ebook). Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2002
- Freud, A. *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. Londres, Karnac Books Ltd., 1989, e-book
- Golse, B. *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
- GOLSE, B. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol VIII, n. 3, Setembro de 2005
- Guarido, R. *A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação in Educação e Pesquisa*. São Paulo, vol.33, n.1, p.151-161, jan/abr 2007.
- Jerusalinsky A. e Fendrik S. (orgs). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo, Via Lettera Editora e Livraria Ltda., 2011.
- Jerusalinsky, A. e col. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 2010.
- Melman, C. *Clínica Psicanalítica: artigos e conferências*. Salvador, Ágalma, 2007.
- Pessotti, 1999, p.17
- Porter, R. *História da Medicina*. Rio de Janeiro, Revinter, 2008.
- Postel, J. *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*. Paris, L'Harmattan, 2007.
- Roudinesco, E. *Por que a psicanálise?*. Rio de Janeiro, Zahar, 2000.
- Roudinesco, E. *Em defesa da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 2010.
- Sigerist, H. E. *Civilização e Doença*. São Paulo, HUCITEC Editora, 2011.

Silva, A.B.B. *Mentes Inquietas*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2009.

Souza, A.M. *Psicanálise de Crianças*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

Vorcaro, A. *Crianças na Psicanálise*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1999.

Winnicott, D.W. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, LTC, 2012.

Winnicott, D.W. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

Zornig, S. A. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo, Escuta, 2008.

Sites:

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1166678-estudantes-pobres-nos-eua-tentam-melhorar-notas-com-remedio-para-deficit-de-atencao.shtml>

http://www.ans.gov.br/portal/upload/roldeprocedimentos/Dir_Assist_Saude_Mental_SS.pdf

IBGE

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf, 2010

MEC <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf> , 2007

MEC http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aee_dm.pdf, 2007

Ministério da Saúde:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf, 2009

<http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/probleme-im-schulalltag-wir-erziehen-eine-unmuendige-generation-11748961.html>