

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Infância e saúde mental: teoria, clínica e
recomendações para políticas públicas.**

Heloisa Prado Rodrigues da Silva Telles

Dissertação apresentada no Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-
Infantil

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo
Advíncula Reis

São Paulo

2006

Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas.

Heloisa Prado Rodrigues da Silva Telles

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis

São Paulo

2006

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Alberto Olavo Advíncula Reis, pela orientação instigante e apoio decisivo para a concretização desta dissertação.

Prof^a Augusta Thereza de Alvarenga e Prof^a Mirian Debieux Rosa, pelas valiosas sugestões apresentadas no exame de qualificação e pré-banca.

Aos amigos do Hospital do Servidor Público Municipal, pelos muitos anos de desafios e projetos na experiência institucional.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio na realização deste trabalho e presença inestimável em muitas ocasiões.

RESUMO

Telles HPRS. Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. **São Paulo; 2006 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].**

Trata-se de uma pesquisa teórica que verifica as relações existentes entre saúde mental e saúde pública a partir da identificação dos principais problemas referentes à infância em recomendações divulgadas pela Organização Mundial da Saúde nos seguintes momentos históricos: início da década de 1950, meados da década de 1970 e primeiros anos do século XXI. Apresenta a diversidade presente na construção do campo da saúde mental, as principais perspectivas teóricas e o lugar da clínica psiquiátrica e psicanalítica nesse processo. Ações dirigidas à infância pelo movimento da Higiene Mental, nas primeiras décadas do século XX, também são analisadas. Verifica-se que a prevenção se instaura como principal modelo de assistência. A saúde materno-infantil, a escola e a família são os principais componentes das medidas preventivas propostas. Nestas recomendações, evidencia-se uma relação de quase equivalência entre psiquiatria e saúde mental. A diversidade deste campo é substituída por um discurso relativamente hegemônico, no qual a noção de adaptação ocupa lugar central. Nas recomendações da OMS, deste início de século, observa-se a influência das neurociências, da psiquiatria biológica e das terapias cognitivo-comportamentais.

Descritores: criança, saúde mental, psicanálise, psiquiatra, políticas de saúde, Organização Mundial da Saúde.

SUMMARY

Telles HPRS. **Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas** [Childhood and mental health: theory, clinics and commendations for public policies]. São Paulo (BR); 2006. [Dissertation for Master Degree – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Brazil].

This is a theoretical research aiming at detecting the main problems concerning children on the intersection of mental and public health, and based upon the World Health Organization's commendations at the following historical moments: the 1950s and 1970s, as well as the early 21st century. The foundations of such commendations were checked, keeping in mind the diversity of orientations in the field of mental health. The theoretical frame presents the origins of psychiatric and psychoanalytical clinics with children, and their fundamentals. Actions aiming at children by the Mental Hygiene Movement in the early 20th century were also analyzed. It can be observed that prevention imposes itself as the main assistance pattern. The health of both mothers and children, schools and families are the main components of the proposed prevention measures. In these commendations it can also be noticed an almost equivalent relationship between psychiatrist and mental health. Diversity in this field is substituted for a relatively hegemonic speech, in which the notion of adaptation plays a crucial role. In the World Health Organization's commendations in this early century, it can be detected the influence of neurosciences, biological psychiatry, and behaviorist-cognitive therapies.

Descriptors: child, mental health, psychoanalysis, psychiatry, health policies, World Health Organization.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Saúde mental: a imprecisão e a abrangência de um conceito	7
1.2	Infância e saúde mental: definição do objeto de investigação, objetivos do trabalho e estratégia metodológica	18
PARTE I		
2	AS ORIGENS DE UMA CLÍNICA COM A CRIANÇA	22
2.1	A inclusão da criança no discurso da psiquiatria	22
2.2	A trajetória freudiana: do inconsciente ao infantil	27
3	A CLÍNICA PSICANALÍTICA	
3.1	As teorias do desenvolvimento em psicanálise e suas incidências na clínica com a criança	35
3.2	A família e a construção da subjetividade	43
3.3	O sintoma	49
4	A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	
4.1	As condições para o surgimento de uma clínica psiquiátrica com a criança	52
4.2	Os principais referenciais teóricos	63
4.3	A psiquiatria norte-americana e os sistemas de classificação	71
5	O MOVIMENTO DA HIGIENE MENTAL	82
PARTE II		
6	A SAÚDE MENTAL NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	91
7	INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL NOS DISCURSOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	96
7.1	A década de cinquenta	96
7.2	A década de setenta	106
7.3	O início do século XXI	118
7.4	Análise das transformações no campo da saúde mental	124
7.5	Análise das principais temáticas nas recomendações da OMS	136
8	CONCLUSÕES	154
9	REFERÊNCIAS	162

1 INTRODUÇÃO

A inclusão da criança, como objeto de conhecimento, em uma área de saber resulta de um processo histórico, afirmando-se definitivamente com o advento da ciência moderna. As modificações na noção do que é uma criança estão, assim, diretamente vinculadas aos progressos e transformações das disciplinas que a tomam por objeto de interesse e intervenção.

A criança resulta, enquanto conceito, como produção de discursos. Estudada inicialmente em sua natureza e funções, a partir da matriz que regia o advir da ciência, a criança é tomada como objeto de investigação. Data de 1600 a primeira observação protocolada de uma criança desde o nascimento até a idade adulta — objetivava-se a apreensão de um conhecimento não somente sobre a criança, mas sobre o que esta poderia esclarecer sobre o homem adulto. Posteriormente, com o advento da psicologia moderna, o interesse é outro: o desenvolvimento da criança como tal, sem ter como referência “os ideais filosóficos ou religiosos que colocavam uma finalidade do ser da criança que se cumpriria no ser adulto” (DI CIACCIA 1997, p. 24).

Na posição de objeto, torna-se possível sua inscrição em discursos e, conseqüentemente, concepções singulares originadas de um saber determinado. Passível de ser inscrita em campos diversos, a criança resulta de produções tão específicas quanto variadas, distanciando-se, portanto, de uma noção natural ou biológica somente. Assim, a época moderna colocou em evidência que a criança não é mais resultado de um saber suposto natural, imutável, mas sim de um saber aberto que, como o saber da linguagem, não deixará de surpreender (DI CIACCIA 1997, p. 21).

O que passaria a separar a criança do adulto? Qual diferencial deveria ser introduzido para dar sustentação a este corte promovido com o advento da modernidade? Questão que abre, portanto, um vasto leque de possibilidades, como uma lacuna a ser preenchida pelas disciplinas que passam a se interessar pela criança.

A Revolução Francesa, abandonando a antiga divisão social entre o clero, a nobreza e o terceiro estado, procura do lado da ciência a definição do novo cidadão: a discriminação do cidadão livre, maior, responsável, crê encontrar uma base sólida na oposição entre adulto e criança. A partir disso, a criança é oferecida pés e mãos atados aos especialistas da ciência e da educação (SAURET 1998, p. 13).

No dito progresso da ciência e da civilização, como nas transformações sociais em vários âmbitos, a criança foi adquirindo um lugar cada vez mais importante, enquanto suposto ente merecedor de cuidados, atenção, ou proteção. Este lugar forja uma distinção do mundo adulto especialmente marcada pelo signo da responsabilidade. Desde que alçada a este lugar, a criança é tomada “como um objeto sobre o qual uma ação deve se exercer a fim de deixar sobre ele o selo da existência do adulto responsável” (FREDA 1998, p. 47).

Como resultado desse processo, no entanto, discursos universalizantes passam a regular, no imaginário e nos aparatos de controle social, as relações a serem estabelecidas, ou os atos mais apropriados a incidir sobre o sujeito criança. O caráter universal que adquire determinado saber, além de decantar possíveis benefícios e aguçar um inventário sobre sua aplicabilidade, pode produzir efeitos de segregação, estes decorrentes da própria lógica que rege a ciência e seus avanços. Nesse processo, cabe ressaltar os efeitos de segregação advindos da não consideração do sujeito em suas particularidades.

Como assinala LA SAGNA (2006), a ciência, no transcorrer do tempo, fez surgir um novo sujeito, separado das raízes, universal, esvaziado de sua tradição, autoridade e identidade (p. 28). Este aspecto, no entanto, não opõe, de maneira simples, ciência e subjetividade, mas deve ser

referenciado e problematizado no âmbito da própria história do desenvolvimento da ciência. Interessa destacar, como introdução ao tema deste trabalho, que a formalização de conhecimentos por determinada área de saber implica tratamento específico do sujeito.

KOLTAI (2005, p. 95), ao analisar os efeitos deste processo de universalização do sujeito, destaca que “o discurso da ciência, entendido como o laço social instaurado pela ciência, ao querer o bem do outro e pretender que ele seja igual a qualquer custo, mesmo que esse outro nada queira saber desse bem e se recuse a ser igual, reforça os processos de segregação”. LAURENT (1999a, p. 54) indica, por exemplo, que no transcorrer do último século aprendeu-se a constatar os males do tratamento do sujeito por categorias. No entanto, segundo o autor, “não se trata de lutar contra toda forma de distinção, nem de advogar por um sujeito sem atributos”, mas sim de reestabelecer as diferenças subjetivas de modo a produzir efeitos anti-segregativos.

As primeiras tentativas do saber psiquiátrico em incluir a criança em seu campo de observação datam do final do século XIX, e o faz com a principal categoria isolada na nosografia da época: a *idiotia*. Conduta coerente com os princípios que orientavam esta disciplina, como também com a noção e conhecimentos disponíveis sobre a criança. Ainda, esta categoria referida ao sujeito infantil provavelmente pode ser isolada a partir de fenômenos que sustentavam uma evidente distinção entre o normal e o patológico.

Paulatinamente, o campo de investigação amplia-se com a presença de conhecimentos advindos de outras disciplinas. Observa-se, ainda, que a delimitação dos problemas sofre a influência de fatores relacionados à organização da vida social em determinada época, ao sistema de valores e ideais que a regem, às transformações verificadas na concepção de família, a fatos históricos determinantes.

Nas primeiras décadas do século XX, por exemplo, o movimento de Higiene Mental encarregou-se de situações referidas à infância e juventude propondo ações que implicavam ingerência sobre o modo das relações estabelecidas no núcleo familiar: tratava-se, com determinadas medidas, prevenir a delinqüência juvenil e garantir a boa formação do caráter e da conduta.

Após a Segunda Guerra Mundial, as investigações dirigem-se para os efeitos da privação dos cuidados maternos, e as medidas de proteção às famílias visavam garantir as condições essenciais para a promoção da boa saúde mental das crianças.

Posteriormente, o apoio aos cuidados maternos revela-se insuficiente, deslocando-se o enfoque para o bom exercício da paternidade ou para medidas jurídicas capazes de promover a proteção à infância. Sobretudo após a instituição da criança como sujeito de direitos através da Declaração Universal de 1989, exige-se o enfrentamento de problemas relacionados aos maus-tratos domésticos, violência ou abuso sexual, abandono, exposição a situações de risco, prostituição infantil, tráfico de crianças, enfim, todas as formas de violência que atingem crianças e adolescentes. Situações que denunciam o fracasso do ideal da infância protegida, do papel da família nos cuidados com seus filhos, e na função do Estado na garantia de direitos de cidadania.

Mais recentemente, a propósito da família, aguçam-se os debates sobre os efeitos de suas transformações ou de novos arranjos, decorrentes de separações conjugais, mais factíveis após a conquista de uma autonomia financeira da mulher; da dispersão dos membros de uma família original em outros núcleos familiares; da violência doméstica; de adoções “forçadas” ou múltiplas adoções que ocorrem em diferentes etapas da vida de uma criança. Ainda, as novas demandas sobre fecundação assistida ou adoção por casais do mesmo sexo exigem uma revisão sobre o que se espera das

funções paterna e materna. No entanto, em todas essas transformações, evidencia-se que a mulher, no papel de mãe, tem garantido seu lugar ou, até mesmo, ampliado sua importância (CIRINO 2001, p. 43), o que pode ser representativo de mais uma das expressões do declínio social da imagem paterna e suas conseqüências.

A organização econômica e social proposta na contemporaneidade produz uma nova concepção do mundo enquanto globalizado, movido pela lógica do mercado e pela sociedade de consumo. Os valores que no passado regiam a vida em sociedade esgarçam-se e são substituídos por outros, como a possibilidade de consumo e acesso aos bens. Esta nova ordem que se impõe subverte a equação que regulava o convívio: pode-se prescindir da interação com o outro, mas não da aquisição do objeto de consumo (CIRINO 2001, p. 42-43). A condição ou potencial de consumir institui-se como o atributo valorizado. O avanço e sofisticação das modalidades de consumo e universalização de valores produzem efeitos sobre a subjetividade, apagando-se cada vez mais as possibilidades de expressão e consideração das particularidades dos sujeitos¹.

A criança, na lógica que rege a contemporaneidade, encontra-se representada como um consumidor em potencial, sendo um dos alvos preferidos pela estratégia de mercado, mas também se encontra exposta, enquanto objeto, a relações de troca ou comercialização — por exemplo, a venda de crianças para comércio sexual ou adoção.

¹ Em 1967, em uma conferência a propósito das psicoses na infância, LACAN refere-se à criança na posição de objeto ao cumprir, na relação com a mãe, algo que satisfaz a fantasia materna. O notável é que, no final desta conferência, LACAN introduz a expressão *criança generalizada* para indicar, que no futuro, *todos* estariam submetidos a uma lógica de organização do mundo através do mercado. Refere-se, à época, aos problemas do direito de nascimento, ao direito de posse sobre o corpo e as possibilidades da ciência desmembrá-lo para a troca — uma possível alusão à comercialização de órgãos (LACAN 2003a, p. 367). Entre outra comunicação realizada no mesmo ano, 1967, aludira ao fato de que o futuro de mercados comuns encontraria seu equilíbrio “numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação” (LACAN 2003b, p. 263), questão que não deveria ser desconsiderada pelos psicanalistas em sua prática e nos modos de inserção da psicanálise na cultura.

Este breve percurso na história mais recente indica a complexidade envolvida nas representações e lugares que a criança adquire em função dos determinantes que regem a estrutura social em determinada época. Ao mesmo tempo, as várias disciplinas que tomam a criança como objeto de conhecimento colaboram para delimitar o específico da infância, seus parâmetros de normalidade e seus problemas.

O campo da saúde mental, ao dirigir-se à infância, encontra-se submetido a uma lógica duplamente determinada. Por um lado, enquanto campo de conhecimentos e de práticas, colabora para a produção de novas concepções sobre a infância e a criança. O estabelecimento de novos diagnósticos, por exemplo, não deixa de instituir parâmetros para representações inéditas da criança no imaginário social. Por outro lado, algumas demandas que lhe são endereçadas comportam um ideal vigente a respeito da criança construído no interior dos mais variados discursos ou campos de saber.

A experiência clínica, por conseguinte, confronta-se permanentemente com demandas que dizem dos efeitos de discursos universalizantes, que ditam os parâmetros sobre o que deve ser uma criança e seus supostos desvios. As inquietações geradas no seio das instituições escolares, a propósito dos “fracassos individuais” que, por vezes, o próprio sistema produz; nas famílias que passam a se interrogar sobre sua eficiência na educação de seus filhos a partir de informações obtidas pelos meios de comunicação; no poder judiciário que se vê confrontado com fenômenos que às ficções jurídicas escapam, são exemplos de demandas dirigidas aos profissionais e serviços.

Portanto, a subjetividade predominante na vida social em determinada época e as demandas que se apresentam levam o campo da saúde mental a uma revisão permanente de seus operadores e sobre como formalizar e

intervir em “sintomatologias” ou fenômenos inéditos. Historicamente, reafirma-se que a saúde mental participa ou não fica alheia aos impasses ou rupturas gerados em decorrência das transformações sociais e históricas do mundo contemporâneo. Ao mesmo tempo, este campo confronta-se como uma questão crucial: como são produzidos seus conhecimentos e que efeitos produzem a sua aplicabilidade.

O que resta do fracasso dos ideais instituídos pela cultura, pelo modo de viver, ou até mesmo pela ciência, retorna sob a forma de novos sintomas. As respostas a serem dadas estão atreladas a uma posição ética, a ser construída no interior de cada campo de saber que se dirige a estes fenômenos.

A saúde mental sempre se confrontou com esta problemática. Mediante as variadas manifestações dos impasses da civilização ou do mal-estar do sujeito nela inserido, como definir o que lhe compete? Essa indagação remete a uma discussão sobre o processo histórico de construção do campo da saúde mental e à problemática delimitação de seu objeto.

1.1 Saúde mental: a imprecisão e a abrangência de um conceito

ROSEN (1980, p. 51-53) indica que uma doença torna-se um fenômeno social a ser estudado quando afeta as condições ou relações em que o ser humano vive. Como fenômeno, somente pode ser inteligível em um contexto bio-social. Ao longo da história, as desordens mentais e emocionais sempre foram situadas a partir de uma apreciação dos comportamentos, vistos em sua coerência, adaptação à realidade, motivação e conseqüências, grau de tolerância da sociedade, das instituições sociais e dos valores culturais. Há, no entanto, segundo o autor,

um problema específico a considerar: a relação entre o *desvio sócio-cultural* e a *anormalidade psicológica*. Questão que o “historiador da desordem mental” deve partilhar com o clínico, o epidemiológico, e com o cientista do comportamento — o que implica questionamentos, de cada um em sua área, sobre o significado de termos como *desvio*, *anormalidade* e *doença mental*.

O início do século XX testemunha uma importante divergência entre os desenvolvimentos científicos e o modelo de assistência adotado: enquanto o saber psiquiátrico alçava a doença mental como objeto de indagação científica, as forças sociais excluía as condutas indesejáveis imputadas aos enfermos, determinando o encaminhamento destes às instituições destinadas a tratamento ou estritamente à reclusão. Enquanto disciplina inscrita na estrutura social, a psiquiatria foi destinatária, portanto, de demandas que visavam a atender e preservar a ordem pública. Mediante esta demanda, inevitavelmente via-se convocada a dar respostas a questões que transcendiam o âmbito da experiência clínica propriamente dita.

Na esfera das práticas terapêuticas e da notoriedade da saúde mental no espaço público, uma mudança de paradigma ocorre somente na segunda metade do século XX. Os progressos da farmacologia, o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial, o movimento pelos direitos humanos (impulsionado pela então recente criação da Organização das Nações Unidas), e a incorporação dos componentes sociais e mentais no conceito de saúde são apontados como fatores determinantes para novas conquistas e avanços (OMS 2001, p. 49).

A situação mais recente, decorrente dos esforços em organizar uma rede de assistência, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação, com a presença de várias disciplinas intervindo no campo, traz um aporte reconhecido e favorável à necessidade de abordagens combinadas, segundo uma visão interdisciplinar. Resultado, em parte, da força que adquire o termo “bio-psico-social”, no conceito de saúde, mas também do

fracasso na tentativa de ordenar a saúde mental com critérios extraídos somente dos efeitos farmacológicos (PUIG 1997, p. 66).

O movimento que, sob a denominação *saúde mental*, aglutinou vários atores sociais em torno de lutas para a melhoria das condições de assistência resultou, ainda, numa maior incidência e afirmação da função social deste campo. Aumenta a inserção de profissionais nos vários níveis da atenção em saúde, nas instituições especializadas e em outras áreas do poder público e privado.

Enquanto área de conhecimento, o termo saúde mental alude mais à conjunção de disciplinas que têm interesses comuns do que propriamente a um corpo teórico homogêneo solidamente constituído. Isto que sob um mesmo significante fica reunido ou agrupado preserva diferenças teóricas e posições por vezes totalmente díspares em relação aos mesmos fenômenos. Historicamente, portanto, convive com a indeterminação de seu campo, com o constante processo de construção de seu objeto e com a existência de diversos fundamentos clínicos.

No interior das suas principais disciplinas, as transformações advindas de seus progressos e da incorporação de conhecimentos e tecnologias da ciência, em geral, levam a uma reorganização de seus conceitos e, por conseqüência, dos alcances da experiência clínica. É o que se faz notar, por exemplo, no desenvolvimento da clínica psiquiátrica e da clínica psicanalítica.

A história da construção do saber psiquiátrico evidencia o esforço na formalização de nosografias capazes de fornecer um ordenamento dos fenômenos observados. A partir de meados do século XIX, quando a doença mental passa a ser objeto de estudo e investigação sistemática, estrutura-se seu principal arcabouço teórico, a partir das descrições de Kraepelin (1856-1926). Inicia-se o período científico-naturalista da psiquiatria, cujos

conhecimentos ajudaram a delimitar a abordagem clínica da doença mental (ALMEIDA e col.1995, p. vii).

Kraepelin insistiu na necessidade de estabelecer uma distinção entre o que é da ordem dos *fenômenos* e o que é da ordem da *estrutura*. Esta concepção que conduzirá a psiquiatria à sua era psicodinâmica, com início no século XX, indicava que a atenção dos clínicos deveria estar menos concentrada na aparência morfológica ou na evolução dos estados psicóticos, e mais atenta na sua organização íntima, na natureza exata da estrutura, no encadeamento dos sintomas e em sua hierarquia (Cf. BERCHERIE 1989).

O surgimento da clínica psicanalítica torna-se possível a partir desta proposição estabelecida no interior do saber psiquiátrico. Freud retoma os fundamentos de Kraepelin, transforma-os e os adapta à sua própria experiência clínica. Seu primeiro movimento foi de simplificação e ordenamento. Conserva as três neuroses (obsessão, histeria e fobia), e para as psicoses adota os dois grupos isolados por Kraepelin: mania e melancolia, por um lado, e paranóia e demência precoce, por outro (LAURENT 2000, p. 5).

Com o desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos, uma nova orientação se impõe, subvertendo inclusive a classificação da clínica psiquiátrica no início do século XX². O surgimento da psicanálise, enquanto método terapêutico fundamentado em uma teoria para a origem dos distúrbios, teve importante repercussão diante dos exíguos recursos terapêuticos propostos pela psiquiatria. A difusão de suas idéias desdobrou-se em um “sem-número de novas teorias e técnicas de tratamento

² A obra de Bleuler (1911) sobre as esquizofrenias evidencia a influência das concepções freudianas. Aos sintomas esquizofrênicos, aplica a psicologia dos complexos, dando-lhes um sentido na vida afetiva e na história do sujeito.

psicológico”, enquanto que nenhum tratamento biológico eficaz resultou das contribuições de Kraepelin (ALMEIDA e col.1995, p. vii).

LAURENT (2000) destaca que a prática dos psicanalistas ultrapassou, no entanto, os alcances da técnica indicados por Freud em vários aspectos. A aplicação da psicanálise na clínica com a criança, em especial, promoveu não somente uma revisão dos conceitos freudianos, mas também novos parâmetros para a orientação clínica e teórica. Como primeiro exemplo desse processo, as proposições de Karl Abraham, Melanie Klein e Anna Freud que, já nos anos vinte do século passado, introduziram as condições para o surgimento de verdadeiras escolas que se afirmaram no decorrer dos anos.

A resposta a uma multiplicidade de casos e uma certa facilidade na incorporação de seus conceitos por outras disciplinas fizeram surgir termos como “psicoterapia de base analítica” e “psiquiatria psicodinâmica”. A própria extensão de seus fundamentos proporcionou, por conseguinte, uma certa “dissolução” das classificações clínicas propostas por Freud (psicoses, neuroses e perversões), tendo-se o advento de uma nova categoria clínica, os casos *borderlines*, situados no *continuum* que se estabelece entre neurose e psicose.

Segundo LAURENT (2000, p. 16), a psicanálise apresenta, assim, uma dificuldade em estabelecer uma história da sua clínica em decorrência das correntes que se fundam a partir de Freud, e que passam a divergir sobre o estatuto e definição de inconsciente, um de seus conceitos fundamentais.

No final da década de quarenta, são divulgados estudos sobre a eficácia dos sais de lítio no tratamento de pacientes com transtorno bipolar, seguidos pelos bons resultados obtidos pela clorpromazina e imipramina no tratamento da esquizofrenia e depressão. No transcurso de dez anos, três

grandes classes farmacológicas foram descritas: antimaníacos, antipsicóticos e antidepressivos. A partir de então, “o tratamento e a compreensão da doença mental nunca mais seriam os mesmos”, segundo ALMEIDA e col. (1995, p. vii). Os recursos farmacológicos propiciaram, a partir dos anos sessenta e setenta, o deslocamento do tratamento das instituições asilares para uma abordagem psicossocial. Mediante a ampliação das possibilidades de desinstitucionalização dos doentes mentais, aportadas pelos novos recursos farmacológicos, a reinserção social do doente mental tornou-se um dos objetivos da psiquiatria.

A estreita aproximação que se verifica, no início do século, e nas décadas subseqüentes, entre psicanálise e psiquiatria, se enfraquece, especialmente em decorrência das mudanças de paradigmas que vão se instalando na psiquiatria em seu retorno ao campo da medicina. O aspecto evidente neste retorno é o propósito de a psiquiatria firmar-se como uma especialidade médica.

A clínica da medicação muda radicalmente a sensibilidade do século: a clínica do sentido, formalizada pela psicanálise, vê-se confrontada “ao novo uso de psicotrópicos e do gosto social que eles facilitam”, como assinala LAURENT (2000). Este autor, em sua análise das transformações ocorridas no campo da psiquiatria, indica algumas conseqüências da “montagem teórica inédita” que se instala em decorrência da busca de “uma linguagem epidemiológica única”, cujos esforços levaram à elaboração do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)³. Esta iniciativa, patrocinada pela Associação Psiquiátrica Americana, buscou equilibrar, segundo o autor, os conceitos, os ideais psicossociais de normalidade em curso, os tratamentos farmacológicos e os usos terapêuticos. Como resultado, estabeleceu-se progressivamente um “tipo de clínica eminentemente temporal que se pretende global, mundial, integrando todas

³ O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da American Psychiatric Association, foi introduzido em 1952. Desde 1994, vigora sua quarta versão, o DSM-IV.

as tradições clínicas, todas as práticas em sua diversidade” (LAURENT 2000, p. 6-7).

Atrelados ao moderno aparato diagnóstico e terapêutico, ganham força outros parâmetros para a análise de possíveis desvios ou transtornos. A própria definição de *saúde mental* impõe-se como referência, em substituição ao antigo paradigma que orientou o estabelecimento de nosografias e de quadros psicopatológicos. Em recentes publicações, encontra-se a inclusão neste conceito de valores como bem-estar subjetivo, autonomia, competência, e reconhecimento da habilidade para realizar-se intelectual e emocionalmente⁴.

A difusão, no espaço público, da importância de se manter um *bem-estar* psíquico facilita a tendência em considerar a saúde mental como um amplo campo, propício a abarcar todas as *disfunções*, ou seja, o que escapa ao que se espera dos cidadãos. Como consequência, dá-se a inclusão de diversas manifestações do mal-estar, uma vez que a saúde mental fica identificada cada vez mais com o bem-estar e qualidade de vida (PUIG 1997, p. 65).

O trabalho de CANGUILHEM (2005, p. 35-48) problematiza a possibilidade de uma definição da saúde sem referência a qualquer saber explícito. Definir a saúde como entidade autônoma, como uma representação por si só capaz de produzir sentido, não encontraria nenhum fundamento. Recuperando referências na literatura e na filosofia, destaca as proposições sobre a saúde em sua articulação com o silêncio, com o saber e a verdade. A primeira referência encontra-se em uma publicação de 1865,

⁴ Torna-se ilustrativo apontar a amplitude e extensão que localizamos nestas proposições: “Saúde mental também tem sido definida como um estado de bem-estar por meio do qual os indivíduos são capazes de fazer frente ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e contribuir em suas comunidades. (...) Em todos os indivíduos, a saúde mental, a física e a social estão intimamente imbricadas. Com o crescente conhecimento sobre esta interdependência, surge de maneira mais evidente que a saúde mental é um pilar central no bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e nações” (OMS, 2004, p. 7).

de autoria de Charles Daremberg: “No estado de saúde, não sentimos os momentos da vida, todas as funções se realizam em silêncio”. Kant, em 1798, estabeleceu uma disjunção entre o “*sentir* bem de saúde” e a impossibilidade de “*saber* se está bem de saúde”, dando à saúde uma condição de um “objeto fora do campo do saber”. Descartes, considerado o inventor de uma concepção mecanicista das funções orgânicas, aproximará saúde e verdade, em ensaio de 1649, conforme citado por CANGUILHEM (2005): “O conhecimento da verdade é como a saúde da alma: quando a possuímos, não pensamos mais nela”, destacando-se aqui novamente um “elogio dos valores silenciosos”. Adquire importância, no campo da filosofia, o saber advindo dos provérbios e da “*gaia ciência*”. Para Nietzsche, *saúde* resume fiabilidade, retidão, completude, e o corpo “é uma grande razão, uma multidão de um só sentimento, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor. Há mais razão em teu corpo do que em tua melhor sabedoria” (escrito em 1884, citado por CANGUILHEM 2005, p. 39).

No plano da ciência médica, tem-se uma nova configuração que se instala após o estabelecimento pelos fisiologistas, no final do século XIX, da existência de aparelhos, funções e de mecanismos de regulação dos órgãos. Noções como *regulação*, *homeostase*, *stress* são introduzidas nos ensaios e tratados dos primeiros fisiologistas — Starling (1912 e 1923), Cannon (1932). CANGUILHEM observa que em nenhum dos índices desses estudos figura a palavra *saúde*, o que o leva a indagar se nisto poderíamos entrever um novo argumento para recusar ao conceito de saúde a qualidade de científico. O fato que merece ser questionado a partir de então, segundo o autor, é sobre a possibilidade de as funções do organismo serem objeto da ciência. O desenvolvimento da fisiologia produz, neste momento, um embate sobre onde situar a saúde, até então referida no campo da subjetividade. Firma-se, neste contexto, uma polaridade que tentará minimizar a importância do termo mecanismo, associado ao modo como uma função orgânica se exerce: “Vemo-nos, aqui, fortalecidos na recusa de assimilar a saúde a um efeito necessário de relações do tipo mecânico. A saúde,

verdade do corpo, não está referida a uma explicação por teoremas. Não há saúde de um mecanismo” (CANGUILHEM 2005, p. 40).

O corpo, a partir do corte introduzido pelos fisiologistas, será alçado a um *dado* e um *produto*; ou seja, a despeito de seu patrimônio genético (*dado*) pode ser modificado por ações específicas (*produto*). A saúde deste corpo, por conseqüência, deve ser entendida como um *estado* ou uma *ordem*. Assim, as condições de existência e a possível regulação dos corpos serão objeto de interesse e preocupação. Cenário particular que promoverá desde então um apagamento do sentido existencial da saúde:

O corpo é um produto, visto que sua atividade de inserção em um meio característico, seu modo de vida escolhido ou imposto, esporte ou trabalho, contribui para dar forma a seu fenótipo, ou seja, para modificar sua estrutura morfológica e, por conseguinte, para singularizar suas capacidades (CANGUILHEM 2005, p. 42).

Segundo CANGUILHEM, justamente neste ponto, o discurso da Higiene encontra ocasião e justificativa e, a partir do momento em que a palavra saúde foi referida ao homem, enquanto participante de uma comunidade social ou profissional, seu sentido existencial foi ocultado por outras exigências (2005, p. 42). A saúde entra no registro da contabilidade, tornado-se objeto de um cálculo, instituindo-se o controle administrativo da saúde dos indivíduos.

Desde meados do século XX, a partir da definição proposta pela Organização Mundial da Saúde, a saúde é, justamente, qualificada como um *estado de completo bem-estar*. Se nessa definição se encontra um esvaziamento do sentido existencial, por outro lado, afirma-se um ideal, posto ao homem, em sua relação com a saúde. No entanto essa proposição não dissolve a dificuldade em definir os meios de acessibilidade a este bem-estar, aí concernido, e mensurar sua presença e existência. E, ainda, em que bases se pode afirmar um bem-estar a propósito do psíquico ou do mental?

Em 1929, no seu estudo sobre o mal-estar na civilização, FREUD analisa as impossibilidades de o homem alcançar e realizar seu ideal máximo, a felicidade: “Somos feitos de modo a só podermos derivar prazer intenso de um contraste, e muito pouco de um determinado estado de coisas. Assim, nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição” (FREUD 1969m, p. 95).

Situa três fontes do sofrimento humano: a fragilidade dos nossos corpos, o poder superior da natureza e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. Desenvolve uma série de possibilidades de o homem poder defender-se ou conciliar-se com esse conflito estrutural. Concluindo, afirma que “nenhum desses caminhos nos leva a tudo o que desejamos. A felicidade, no reduzido sentido em que a reconhecemos como possível, constitui um problema da economia da libido do indivíduo” (FREUD 1969 I, p. 103).

A existência da libido e do inconsciente, irredutível em sua contraposição à unidade e harmonia do ser, fala de uma verdade do sujeito, situada permanentemente no desacordo das exigências pulsionais e sua adequação à realidade. Os efeitos sobre o sujeito dos ideais culturais que a sociedade impõe podem ser manifestados como sofrimento, culpa e neurose. A civilização resulta de um pacto pelo qual a perda da liberdade pulsional encontra compensação na segurança.

No entanto, o fundamental, nesse texto, é a tentativa de Freud em entender o “curioso paradoxo que faz com que a humanidade se esforce em destruir aquilo que ela própria produziu e que faz a sua grandeza”, como destaca KOLTAI (2005, p. 94). Através desse texto, contemporâneo da ascensão do nazismo na Alemanha, Freud deixou, segundo a autora, a idéia de que há um mal-estar estrutural na civilização, que remete ao trágico da existência humana.

Na articulação entre pulsão e civilização, como indica LAURENT (1994b), o problema ético não se situaria entre renúncia e satisfação. Seguindo as indicações propostas por Freud nesse texto de 1929, na moral do discurso do mestre, da civilização, pode-se entrever a proposta de um “saber-viver”. A psicanálise interessa-se justamente pelos fracassos do sujeito evidenciados pela impossibilidade de se cumprir o programa estabelecido pelo discurso da civilização. Não tenta restaurar no sujeito as condições de equilíbrio e harmonia, como se propõem algumas psicoterapias. Mas, sim, tenta verificar onde reside, para cada sujeito, o desejo que o faz viver (LAURENT 1994b, p. 17).

Diferentemente de outras disciplinas que consideram o sintoma como um desequilíbrio entre as relações do indivíduo e o mundo exterior, uma possível definição de sintoma, em psicanálise, tal como propõe LEGUIL (1998, p. 16), seria aquilo que se opõe ao bom andamento de alguma coisa que supostamente andaria bem para todos, ou seja, aquilo que se opõe ao discurso do mestre. O sintoma, então, é uma forma de dizer “não”, uma recusa, um dizer do sujeito sobre o que lhe há de mais particular.

O termo saúde mental, que se firma definitivamente em meados do século XX, possibilita, como se tentou demonstrar neste percurso, acepções e usos distintos. Como campo de conhecimentos e práticas, o termo tenta congrega distintas disciplinas que se dirigem a fenômenos comuns. No entanto, o uso retórico do termo pode encobrir a problemática que permanece intrínseca a este campo: a complexidade envolvida na delimitação e compreensão de seu objeto. Evidencia-se que, enquanto conceito, a saúde mental resulta como produção de discursos, da tentativa de definir, através da linguagem, um componente da saúde dos indivíduos.

Enquanto associado ao *bem-estar* psíquico, este conceito, produção de um discurso específico, tem por corolário um aumento na quantidade de fenômenos, ou “disfunções”, que podem ser considerados patológicos. Daí a

pertinência de se retomar a proposição de ROSEN (1980, p. 53): se ao longo da história, as desordens mentais e emocionais sempre foram situadas a partir de uma apreciação dos comportamentos, há que se verificar, sempre, a relação existente entre desvio sócio-cultural e anormalidade psicológica. Seguindo o autor, esta questão deveria ser partilhada por várias áreas de saber, em um questionamento permanente sobre o significado de termos como *desvio, anormalidade e doença mental*.

1.2 Infância e saúde mental: definição do objeto de investigação, objetivos do trabalho e estratégia metodológica.

O novo conceito de saúde que se instalou em meados do século XX, e que se legitimou com relativa rapidez dentro do campo médico e da saúde pública, permitiu articular de forma estruturada as disciplinas pertencentes à saúde mental àquelas ligadas à saúde física (REIS e col. 2004, p. 38). O campo da saúde mental ganha, assim, seu espaço de notoriedade e inserção nas preocupações e propostas geridas no âmbito da saúde pública.

A presente dissertação originou-se e estabeleceu seu objeto a partir do interesse em compreender especificidades presentes na articulação entre saúde mental e saúde pública, e como são abordados, neste âmbito, os problemas referentes à infância. Dentre os vários aspectos passíveis de serem identificados nesta problemática, dois se destacaram. O primeiro refere-se à escolha de quais fenômenos passam a ser investigados ou tomados como objeto de intervenção. O segundo, ao modo de compreender estes fenômenos dentro de um referencial teórico-metodológico, cujos fundamentos orientam, por fim, as ações a serem empreendidas.

Assim, foram delineados os seguintes objetivos a serem contemplados pelo estudo em pauta:

- Apresentação da diversidade presente na construção do campo da saúde mental da infância, das principais perspectivas teóricas existentes e o lugar da clínica psiquiátrica e psicanalítica nesse processo;

- Verificação das relações existentes entre saúde mental e saúde pública a partir da identificação dos principais problemas referentes à infância em recomendações da Organização Mundial da Saúde nos seguintes momentos históricos: início da década de 1950, meados da década 1970 e primeiros anos do século XXI.

Adotou-se, como estratégia metodológica, a análise bibliográfica, mais especificamente o estudo de recomendações para políticas públicas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na área da saúde mental. Partiu-se do pressuposto que tais recomendações possibilitariam identificar quais fenômenos, referidos à infância, tornaram-se interesse coletivo. A escolha por este material fundamentou-se no fato de estas recomendações serem elaboradas por especialistas notoriamente reconhecidos pela OMS, pela influência do discurso desta instância oficial no âmbito da saúde coletiva e pela importância que adquiriu, desde sua criação em 1948, em centralizar esforços para a elaboração de políticas para a área.

Na primeira parte deste trabalho procura-se estabelecer distinções entre as orientações teóricas e clínicas existentes no campo da saúde mental da infância. No capítulo 2 apresenta-se, inicialmente, uma análise histórica da emergência da clínica psiquiátrica com a criança. Posteriormente, como as primeiras descobertas psicanalíticas, a propósito dos sintomas, das fantasias inconscientes e da formação das neuroses, estabelecerão uma especial articulação entre infância e idade adulta. As principais formulações freudianas que favoreceram teorias psicanalíticas sobre a criança também são analisadas.

No capítulo 3, dedicado à clínica psicanalítica, introduzem-se distintas teorias do desenvolvimento em psicanálise e a influência destas na

experiência clínica. A seguir, uma abordagem sobre o papel da família na constituição subjetiva e sobre as especificidades do conceito de sintoma em psicanálise.

No capítulo 4 são tratados os aspectos que possibilitaram a emergência e evolução da clínica psiquiátrica com a criança, os principais referenciais teóricos e as significativas mudanças ocorridas a partir da orientação da psiquiatria norte-americana voltada para os sistemas de classificação e de critérios diagnósticos.

Importantes ações dirigidas à infância surgem nas primeiras décadas do século XX, sob a égide do Movimento da Higiene Mental. No capítulo 5 são apresentadas as principais proposições deste movimento que encontrou no campo da educação infantil um terreno fértil de expansão. Parte-se do pressuposto que esse Movimento teve uma importante aproximação com a psiquiatria e a psicanálise, favorecendo, a estas disciplinas, um campo de aplicabilidade de seus conhecimentos. Muitas concepções advindas destas experiências encontram-se presentes nas recomendações preconizadas pela OMS na década de 1950.

A segunda parte dessa dissertação inicia-se no capítulo 6, com um relato histórico da inserção da Saúde Mental na Organização Mundial da Saúde. Procura-se destacar a estrutura organizacional desta área, no âmbito da OMS, nos três períodos históricos estudados.

No capítulo 7 apresentam-se, inicialmente, os dados obtidos por meio da pesquisa realizada nos documentos da OMS. Os três momentos históricos — início da década de 1950, meados da década de 1970 e primeiros anos do século XXI — foram estabelecidos em função da representatividade que o material a que se teve acesso possibilitou. Os dois primeiros são indicados por GRAHAM e ORLEY (1997) como marcos importantes nas atividades da OMS em relação à saúde mental das

crianças. Entre esses dois períodos, segundo os autores, a OMS dedicou pouca atenção a esta área, centrando seus esforços nas principais causas mundiais de mortalidade infantil.

Na seqüência deste capítulo, procura-se contextualizar a inserção da saúde mental no espaço público, a partir da década de 1950, e as transformações nas práticas inerentes a essa área em sua relação com a saúde pública. Dois principais modelos de assistência são adotados: as ações preventivas e a atenção psicossocial. Posteriormente, são analisadas algumas temáticas presentes nas recomendações da OMS, como família e cuidados maternos na etiologia dos transtornos mentais e possibilidade de prevenção, na infância, de doenças mentais na fase adulta.

O último capítulo apresenta questões que foram sendo delineadas durante o percurso de execução desse trabalho. Introduce-se uma reflexão sobre a tendência atual de preconizar a cientificidade no campo da saúde mental. Analisa-se a visão simplificada e redutora que domina esse campo em suas relações com a saúde pública. Por fim, discute-se a possibilidade do estabelecimento de uma ética, coletivamente estruturada pela equipe responsável pela assistência em saúde mental, que possa preservar a singularidade em contraposição a orientações genéricas e de aplicabilidade universal.

2 AS ORIGENS DE UMA CLÍNICA COM A CRIANÇA

O interesse da psiquiatria pela criança surge no século XIX, juntamente com um maior desenvolvimento da psiquiatria do adulto, enquanto clínica de observação e sistematização dos fenômenos. No século XX, uma psiquiatria infantil de fato começa a emergir e assume características específicas a partir da década de 1930 — pela presença de outras disciplinas, os problemas de interesse são ampliados e reorganizados.

Na psicanálise, as primeiras elaborações sobre a infância não são construídas a partir de uma clínica da observação, mas sim da experiência de tratamento com adultos. Desta clínica, que emerge no final do século XIX fundada na fala e na palavra, Freud depreende a função que desempenha este período da vida nas fantasias inconscientes, nos sintomas, nas neuroses.

Neste capítulo, serão abordadas as diferentes representações de infância e criança, construídas no interior destas disciplinas, e os principais aspectos que possibilitam a emergência de uma clínica com a criança.

2.1 A inclusão da criança no discurso da psiquiatria

A psiquiatria se estabelece como disciplina autônoma no início do século XIX, caracterizando-se neste momento como uma ciência empírica de observação e análise, separada metodologicamente do trabalho de construção de hipóteses sobre as causas das enfermidades, como também das práticas terapêuticas.

Os principais representantes dessa primeira psiquiatria clássica são Pinel e Esquirol. A *loucura* é o fenômeno a observar, sendo considerada um gênero homogêneo, no interior do qual recortam-se espécies, os quadros sincrônicos. As síndromes são agrupadas em torno da manifestação mais central e mais aparente do estado mórbido. A etiologia não é específica, as manifestações são apreciadas mais como reações psiconeurais, e pouco como enfermidades no sentido moderno do termo. A nosologia de Pinel e Esquirol apresenta-se sob a forma de conjuntos distintos, os estados de excitação, de depressão, delirantes e estuporosos (Cf. BERCHERIE 1989).

Nesse contexto, inicia-se uma psiquiatria da criança tal qual a do adulto, estritamente como um campo de observação. BERCHERIE (2001, p. 130-141), em seu estudo, originalmente publicado em 1983 e que servirá de principal referência para a exposição deste tema, divide o processo de estruturação de uma clínica psiquiátrica da criança em três períodos: no primeiro, o debate centra-se sobre o retardamento mental; no segundo, há uma tentativa de enquadrar as manifestações da criança na nosologia proposta para o adulto; no terceiro, o nascimento de uma pedo-psiquiatria sob influência das teses psicanalíticas.

O primeiro período cobre quase todo o século XIX, mais precisamente de 1800 a 1880, no qual as investigações dirigem-se exclusivamente para a noção de retardamento mental. Discussão que se apóia na entidade clínica isolada antes de 1820, por Esquirol, denominada *idiotia*. Conceito que deriva não de uma observação direta da criança, e que “marca um momento capital da formação da psiquiatria do adulto”. Os trabalhos desenvolvidos neste momento levam à distinção entre loucura propriamente dita e uma doença congênita adquirida na infância. A loucura da criança é, essencialmente, nesta primeira fase, a *idiotia*, acrescida da noção dos transtornos epilépticos como formalizados neste momento. O principal debate que se estabelece gira em torno do grau de irreversibilidade do retardamento mental.

O segundo período, cujo início poderia ser situado na segunda metade do século XIX, diferencia-se de fato do período anterior somente em 1880, com a publicação dos primeiros tratados de psiquiatria infantil. Fortemente marcado pela intenção de investigar na criança as síndromes mentais estabelecidas no adulto, este período é didaticamente nomeado por BERCHERIE de “A loucura (do adulto) na criança”.

Na segunda metade do século XIX, surgem os fundamentos da nosologia psiquiátrica clássica, com os trabalhos de Falret e Morel⁵. A clínica da criança é uma transposição, sem qualquer mudança, da clínica e da nosologia elaboradas para o adulto, que em sua fase etiopatogênica organizam-se sob uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro.

Morel introduzirá uma oposição entre doenças mentais *adquiridas* e doenças mentais *constitucionais*. Neste segundo grupo, estabelece-se como causa explicativa das doenças a degenerescência mental hereditária ou adquirida precocemente. A maior parte das doenças mentais constitucionais segue o modelo da *idiotia*, uma das categorias de degenerescência psíquica proposta por Morel. Vigorava a tese de que os transtornos tinham sua raiz no fator *constitucional* ou em um *defeito* ou *insuficiência do desenvolvimento* das faculdades mentais. Esses conceitos inéditos, introduzidos por Morel,

⁵ A loucura já não é mais considerada um gênero, mas sim uma classe de doenças justapostas (a futuramente conhecida “nomenclatura”). Em 1822, Bayle, a partir do descobrimento da paralisia geral, introduz a noção de entidade clínico-evolutiva. Retomando as contribuições de Bayle, Falret propõe, em 1852, uma nova metodologia e princípios para a construção da clínica: estudo da evolução da doença, estudo do passado e do futuro do doente, busca de uma patogenia específica, atenção aos sinais secundários, que operariam como diferenciadores das entidades postas até então em grandes grupos.

A nosologia proposta por **Falret** e seus discípulos apresenta como quadros principais: 1) *loucura circular* (1850) — reunião de três estados particulares: mania, melancolia e estados de lucidez; 2) *delírio de perseguição* de evolução progressiva (1852); 3) loucura da dúvida com delírio do tato (futura neurose obsessiva).

Morel, principal aluno de Falret, proporá para as “loucuras puras” (sem causa orgânica) um princípio de classificação: a predisposição (o que se articula com o conceito de degeneração hereditária). A sua nosologia estabelecerá uma divisão entre: 1) loucuras hereditárias; 2) loucuras por intoxicação; 3) loucuras: histérica, epilética e hipocondríaca; 4) loucuras semipáticas; 5) loucuras idiopáticas; 6) *demência*. (Cf. BERCHERIE 1989).

passam a dirigir o interesse para a infância dos alienados, ou para a existência na criança de uma patologia mental.

Nos tratados publicados no final do século XIX⁶, a loucura da criança aparece essencialmente acompanhada ou mascarada pela idiotia, e em todos estes estudos evidencia-se a intenção de encontrar na criança as síndromes descritas no adulto: excitação e mania, depressão e melancolia, obsessões e fobias, alucinações e delírio, histeria, epilepsia, tiques.

Em 1899, Kraepelin isola o conceito de *demência precoce* — incluído entre outros estados agudos ou crônicos que evoluíam fatalmente para uma deterioração mental (hebefrenia, catatonia). Esse conceito será resgatado na virada do século e influenciará a proposição de Dante de Sanctis de uma entidade particular, a *demência precocíssima*: aparecimento repentino, em torno dos três anos de idade, de manifestações que se interpunham ao desenvolvimento até então normal (indiferença, negativismo, cólera, degradação da linguagem, estereotípias). Em 1911, com o trabalho de Bleuler sobre a esquizofrenia, inicia-se uma revisão do caráter demencial solidamente articulado à compreensão da síndrome esquizofrênica. As primeiras indagações sobre a existência de psicoses autísticas e dissociativas na criança surgem, sendo deste período que advém a noção moderna de psicose infantil.

O terceiro período, segundo BERCHERIE, inicia-se na década de 1930 com o nascimento de uma clínica pedo-psiquiátrica, em um contexto no qual desaparece a pesquisa clínica na psiquiatria do adulto e a investigação psicopatológica é adotada pela psicanálise. A influência das idéias psicanalíticas amplia o campo, pois manifestações patológicas “dispersas aos quatro cantos na clínica pediátrica, podem, a partir de então, serem pensadas com o modelo da histeria, como formas de conversão ou de

⁶ Tratados franceses de Moreau de Tours (1888) e de Manheimer (1899); o tratado alemão de Emminghaus (1887); o tratado inglês de Ireland (1898).

expressão substitutiva das dificuldades que a criança encontra na sua vida interior e em suas relações com o meio”. A denominação atribuída a esta clínica reflete justamente a presença e a colaboração dos pediatras.

Outros teóricos e correntes passam a compor este novo período: Adolf Meyer, fundador da escola psiquiátrica americana e adepto do funcionalismo, o behaviorismo americano, originário do funcionalismo, e os trabalhos de Gesell sobre o desenvolvimento maturacional da criança, de inspiração funcionalista e behaviorista.

Essa configuração que surge na década de 1930 desenvolve-se até a atualidade, segundo BERCHERIE. Além de retomar algumas categorias da fase imediatamente precedente (neuroses e psicoses das crianças) e realizar uma nova interpretação do retardamento mental (predominante nos estudos do primeiro período), essa nova clínica abre um vasto campo no qual passam a ser incluídas as doenças psicossomáticas, os transtornos de comportamento, as manifestações afetivas patológicas, as perturbações do desenvolvimento das funções elementares.

BERCHERIE destaca uma importante virada na concepção de infância e criança que estes discursos promovem. Nos dois primeiros períodos, com a predominância quase que exclusiva do saber psiquiátrico, a criança “é essencialmente concebida como um adulto em ‘potência’, no sentido aristotélico: o adulto não é somente o fim de seu desenvolvimento, mas também seu único conteúdo e seu sentido último”. No terceiro período, quando se tem a constituição de uma verdadeira psicologia da criança e de seu desenvolvimento, a infância adquire sua ordem própria de existência e de racionalidade, que passa a esclarecer o devir do adulto. Esta nova posição reservada à criança apóia-se não somente nas proposições de uma psicologia da criança que começou a se estabelecer como disciplina autônoma no final do século XIX, mas também na difusão das idéias

psicanalíticas que ocorria naquele momento, constituindo um importante ponto de balança.

2.2 A trajetória freudiana: do inconsciente ao infantil

As elaborações freudianas sobre o sintoma, que se iniciam no final do século XIX, engendram uma trajetória que se desloca da descoberta do inconsciente ao papel fundamental da sexualidade infantil. Ainda que atento ao aspecto psicopatológico das manifestações sintomáticas, às possibilidades diagnósticas e à elaboração de métodos terapêuticos, Freud orientou a investigação psicanalítica sob duas vertentes: localizar os determinantes inconscientes dos sintomas manifestos e as condições e circunstâncias do surgimento destes.

O trabalho inicial com a histeria, no período entre 1893 e 1895, conduziu a uma definição dos sintomas como *transformações* de uma parte da excitação psíquica provocada por um evento ou uma situação traumática. A partir da constatação de que fatos importantes da infância não eram retidos na memória, diferentemente de outras experiências banais, Freud elabora, em 1899, o conceito de lembranças ou recordações encobridoras. O estudo da então denominada *amnésia infantil* permite revelar a presença de outros processos atuantes nas formações sintomáticas: o conflito psíquico e a repressão. O valor atribuído às lembranças encobridoras reside no fato de elas condensarem os elementos, *reais ou fantasiados*, do mais essencial da vida infantil.

Os estudos sobre os sonhos, divulgados em 1900, e a possibilidade de os mecanismos que regem o trabalho do inconsciente — deslocamento e condensação — serem formalizados inauguram a via fundamental. Sonhos e sintoma neurótico são colocados lado a lado: ambos como formações do

inconsciente, resultantes de uma sobredeterminação e como formas de realização de desejo.

A influência da fantasia inconsciente na vida psíquica, mais decisiva que a vida exterior, relativiza o valor dado inicialmente à ocorrência de uma experiência de sedução ou uma iniciação sexual ainda na infância. A fantasia psíquica assume, a partir de então, um caráter francamente decisivo e articula-se ao próprio conceito de sintoma.

Em 1914, FREUD analisa as hipóteses construídas sobre a sexualidade infantil a partir do trabalho psicanalítico.

Se os pacientes histéricos remontam seus sintomas a traumas que são fictícios, então o fato novo que surge é precisamente que eles criam tais cenas na fantasia, e essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática. Essa reflexão foi logo seguida pela descoberta que essas fantasias destinavam-se a encobrir a atividade auto-erótica dos primeiros anos de infância, embelezá-la e elevá-la a um plano mais alto. E agora, detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz (FREUD 1969h, p. 27-28).

Em 1915, reafirmam-se as seguintes proposições freudianas: o sentido dos sintomas encontra-se estreitamente enlaçado à vida psíquica do paciente; os processos da elaboração onírica constituem o protótipo dos processos que regem a gênese dos sintomas neuróticos; o sintoma se forma como substituição de algo que não conseguiu se manifestar no exterior (FREUD 1969k).

Os sintomas assumem o caráter de uma representação justamente pela ação da repressão sobre processos, tendências e desejos que têm como fonte a pulsão sexual. No entanto, se os sintomas resultam de um conflito entre libido e repressão e comportam um sofrimento para o sujeito, da fantasia inconsciente destaca-se o aspecto de ser uma forma de obtenção de prazer.

O Complexo de Édipo, como o principal agente da repressão e responsável pela renúncia da sexualidade infantil, assume posteriormente o estatuto de complexo nuclear de toda neurose. As experiências da infância e o seu correlato, a amnésia, adquirem caráter determinante na formação do sintoma. O recalçamento tem uma função bastante precisa: manter afastada ou esquecida a sexualidade infantil. Assim podemos entender o valor atribuído à *amnésia infantil*, como algo estruturante e necessário.

Dessa trajetória freudiana que inaugura um novo campo, pode-se reconhecer a importância atribuída à sexualidade e à infância na etiologia das neuroses.

Se o destino da pulsão é a massa da qual vão se modelar os sintomas, Freud faz deste período da vida, que chamamos infância, o ponto de origem do que chamamos homem adulto. É por esta razão que a cura analítica se orienta do adulto à pesquisa da infância, visto que este período da vida funda as premissas principais que fazem do ser humano um sujeito. Foi realmente Freud que construiu, com todas as peças, esta criança (FREDA 1998, p. 50).

No entanto, esta articulação entre infância e idade adulta dá-se sob o registro do imaginário, proposição esclarecida pela categoria do *infantil* introduzida por Freud. O *infantil*, segundo conclusão da experiência clínica com adultos, designa uma construção que se realiza num percurso de uma análise e que será situado no centro de toda neurose. Uma construção que não está vinculada ao acesso direto a fatos ou episódios da vida. “Enquanto abarca o saber do adulto do que teria sido a sua infância, a criança é uma *formação imaginária inconsciente* do analisante adulto”, o que permite a Freud conceber a categoria do *infantil* “sem que a materialidade da presença da criança se faça necessária” (VORCARO 2004, p. 53).

A importância atribuída à realidade psíquica, constituída pelos desejos inconscientes e pelas fantasias a eles vinculados, introduz uma ruptura que “modifica a significação da infância, pois ela se deslocou do registro genético e cronológico para o da lógica do inconsciente” (CIRINO 2001, p. 57). Neste momento preciso do desenvolvimento da teoria psicanalítica constitui-se

propriamente o conceito de infantil, como indica BIRMAN (citado por CIRINO, p. 57), “marcando sua diferença com a noção evolutiva da infância. Existiria assim um infantil no psiquismo que seria irredutível a qualquer dimensão cronológica e evolutiva”.

No entanto, a psicanálise pôde ser considerada uma teoria do desenvolvimento psíquico em função, sobretudo, das proposições freudianas sobre a sexualidade e teoria da libido. Foi em torno desta teoria que se elaborou a proposta de “um desenvolvimento psicosexual, bem como as noções de *fixação e regressão*, que favoreceram uma apreensão cronológica da realidade psíquica” (CIRINO 2001 p. 97).

Freud deduz, da experiência clínica com adultos, uma característica essencial da sexualidade humana: a de comportar um conjunto de variações na escolha do objeto e na maneira de obter satisfação. Inscreve as modalidades da sexualidade infantil como uma das formas de expressão do caráter eminentemente humano da sexualidade: não se encontrar condicionada por determinantes biológicos ou instintivos.

Essa subversão exige a construção de um novo operador conceitual diverso do de instinto, sendo, portanto, que é na “descrição da sexualidade humana que se delinea a noção freudiana de pulsão” (LAPLANCHE e PONTALIS 1970, p. 507).

O conceito de pulsão possibilitará a Freud demonstrar que a sexualidade humana não se organiza sob o destino último da genitalidade, que pressupõe a maturação do corpo e a atividade sexual exclusiva na juventude ou idade adulta. Se o objetivo até então atribuído à sexualidade — parceria entre os sexos no mundo adulto, preparada para a cópula e a reprodução — é subvertido pela psicanálise, a sexualidade passa a ser concebida como perversamente orientada, ou seja, aquilo que encontra

outros caminhos. Esta nova concepção foi construída por Freud, em 1905, a partir de três ensaios sobre a sexualidade.

Nesse momento, Freud define a pulsão como um conceito limite entre o somático e o psíquico, distinto do termo instinto que denotaria um comportamento animal fixado hereditariamente e manifestado de maneira relativamente invariável em todos os seres de uma determinada espécie:

Por pulsão⁷ deve-se entender provisoriamente o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com o “estímulo”, que é estabelecido por excitações simples vindas de fora. O conceito de pulsão é assim um dos que se situam na fronteira entre o psíquico e o físico (FREUD 1969d, p. 171).

Para Freud, o conceito de pulsão está calcado sobre o paradigma do sexual, mas não se restringe a esta esfera. Em vários artigos de sua obra, expressará a insatisfação em relação às possibilidades de conhecimento desse conceito. Suas investigações o levaram a propor distintas teorias basicamente caracterizadas por uma adjetivação e classificação das pulsões. Em 1905, estabelece um único grupo: as pulsões de conservação, cujo protótipo é a fome — o conceito encontra-se aqui ainda apoiado na questão da necessidade. O passo seguinte será a proposta de uma oposição entre as pulsões sexuais, que estariam a serviço da sexualidade, e as pulsões do ego (eu) que teriam por função a conservação do indivíduo. No artigo de 1910, dedicado a um estudo psicanalítico da perturbação psicogênica da visão, apresenta pela primeira vez esta dualidade pulsional:

As pulsões nem sempre são compatíveis entre si; seus interesses amiúde entram em conflito. Do ponto de vista de nossa tentativa de explicação, uma parte extremamente importante é desempenhada pela inegável oposição entre as pulsões que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e as demais pulsões que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo (FREUD 1969g, p. 199).

⁷ Na edição brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud de 1969, aqui utilizada, o termo alemão *Trieb* foi traduzido como “instinto”. Considerando a confusão teórica que isto proporciona, decidiu-se substituir nas citações o termo “instinto” por “pulsão”, como vem sendo realizado nas novas edições brasileiras, com tradução do original em alemão.

Os estudos sobre o narcisismo, sobre o papel que empreende no desenvolvimento sexual, levarão a uma distinção entre libido do ego e libido objetal⁸. A função das pulsões do ego continua a ser de autopreservação, e sua origem, não sexual. A novidade introduzida refere-se à ação da repressão e da cultura na pulsão sexual. As pulsões sexuais, do autoerotismo ao amor objetal, detêm-se no corpo do próprio indivíduo, não mais como uma soma das zonas erógenas parciais, mas como conjunto organizado, como totalidade. No entanto, as pulsões libidinais sofrem a vicissitude da repressão patogênica se entram em conflito com as idéias culturais e éticas do indivíduo. Assim, “a repressão provém do ego; poderíamos dizer com maior exatidão que provém do amor-próprio do ego” (FREUD 1969i, p. 110).

Freud, no entanto, sustenta que a renúncia à satisfação pela ação da repressão somente ganha valor se o “o homem fixou um *ideal* em si mesmo, pelo qual mede seu ego real”. E é neste momento das elaborações freudianas sobre o narcisismo, realizadas em 1914, que se apresenta uma articulação a propósito da relação do homem adulto com sua infância:

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (*self-love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a este novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. (...) O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o *substituto* do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal (FREUD 1969i, p. 111).

Em um dos seus últimos escritos, continua a propor que toda formação sintomática alude ao primeiro período da infância, e justifica sua tese a partir da debilidade do ego neste momento da vida em lidar com o

⁸ Segundo LAPLANCHE e PONTALIS (1970, p. 343-344), libido refere-se à energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual, tanto em relação ao objeto, ao alvo e à fonte de excitação. A teoria da libido evoluiu, como indicam os autores, com as diversas etapas da teoria das pulsões. Nesse sentido, o próprio conceito de libido está longe de ter uma definição unívoca na obra de Freud. Todavia, Freud sempre lhe atribuiu duas características essenciais: embora possa ser “dessexualizada”, o é sempre secundariamente, e por uma renúncia ao alvo especificamente sexual; e a libido afirma-se mais como um conceito quantitativo. Ou seja, a libido é esta quantidade de energia que alguém pode investir em um objeto ou em outro.

trabalho realizado pela pulsão. “Nessas circunstâncias, exigências pulsionais provenientes do interior, não menos que as excitações oriundas do mundo externo, operam como “traumas” (....) Nenhum indivíduo humano é poupado de tais experiências traumáticas; nenhum escapa às repressões a que elas dão origem” (FREUD 1969p, p. 213). Ressalta o papel necessário e irreduzível desempenhado pela civilização, pela educação e influência parental em transformar a “pequena criatura primitiva” em um homem civilizado.

Porém, se o conceito de pulsão emerge apoiado no paradigma do sexual, progressivamente articula-se às elaborações freudianas sobre a estruturação psíquica, na qual se inclui a problemática estabelecida entre as exigências da pulsão e as da cultura.

A proposta de distintas fases no desenvolvimento psicosexual apóia-se na organização das pulsões parciais sob o primado de uma zona erógena do corpo. No entanto, distintas elaborações vão sendo construídas ao longo da obra de Freud, como analisam LAPLANCHE e PONTALIS (1970 p. 243). Em 1905, FREUD (1969d) estabelece uma oposição entre a sexualidade adulta, organizada sob o primado do genital, e a sexualidade infantil, onde os alvos sexuais são múltiplos, tais como as zonas erógenas que os suportam, sem que se instaure de modo algum o primado de alguma delas ou uma escolha de objeto. Progressivamente, entre 1913 e 1923, esta tese é aperfeiçoada com a introdução da noção de fases pré-genitais: fase oral, anal e fálica. No entanto, a “noção de primado de uma zona erógena do corpo é insuficiente para explicar o que há de estruturante e normativo no conceito de fase: esta só encontra o seu fundamento num tipo de atividade, sem dúvida ligado a uma zona erógena, mas que se reconhecerá a diferentes níveis de relação de objeto”.

O percurso teórico realizado por Freud acaba por destacar outros aspectos, além da evolução libidinal, que poderiam ser investigados na perspectiva do desenvolvimento.

LAPLANCHE e PONTALIS (1970 p. 243-244) apresentam as seguintes referências que estimularão o estabelecimento de novas linhas de investigação:

- A sucessão temporal quanto ao acesso ao objeto libidinal, em que o indivíduo passa sucessivamente pelo auto-erotismo, pelo narcisismo, pela escolha de objeto;

- O reconhecimento de diferentes etapas que resulta numa predominância do princípio da realidade sobre o princípio do prazer.

Para alguns autores, somente a formação do ego explicaria esta passagem, do princípio do prazer ao princípio de realidade. O desenvolvimento do ego, portanto, permitiria uma diferenciação entre a pessoa e o mundo exterior, o adiamento da satisfação, o domínio relativo das pulsões.

Portanto, a noção de fase em psicanálise encontrar-se-á articulada ao desenvolvimento da libido, ao modo de estabelecimento da relação de objeto e à estruturação do ego, enquanto instância psíquica mediadora entre o mundo interior e a realidade. A noção de desenvolvimento situada nesses diferentes registros torna-se um aporte teórico fundamental para as investigações que se desdobram no meio psicanalítico nas primeiras décadas do século XX. As elaborações realizadas nesse contexto histórico serão decisivas para o estabelecimento de distintas correntes em psicanálise e para a concepção de uma clínica psicanalítica com a criança.

3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA

A inclusão da criança no discurso da psicanálise possibilita o surgimento de um amplo campo de investigações teóricas e clínicas, no qual vários autores contribuem para sua emergência e consolidação. Nas primeiras décadas do século XX, Melanie Klein e Anna Freud consagram-se como as primeiras psicanalistas de crianças, firmando-se como representantes, nesta área, dos teóricos adeptos da teoria da relação de objeto e dos partidários da psicologia do ego, respectivamente. Em ambas as orientações, a perspectiva evolutiva domina as investigações teóricas e clínicas com a criança. Será visto no primeiro item deste capítulo, como o ensino de Jacques Lacan introduz uma abordagem distinta.

Discute-se, a seguir, o papel da família na constituição da subjetividade e a concepção de sintoma em psicanálise. Esse capítulo foi concebido de forma a apresentar noções psicanalíticas pertinentes aos objetivos desse trabalho, não sendo possível, portanto, contemplar outras contribuições igualmente importantes para a história da psicanálise com a criança.

3.1 As teorias do desenvolvimento em psicanálise e suas incidências na clínica com a criança

Anna Freud assume uma posição de influência no movimento que se abre visando à incidência da psicanálise na criança. Destaca-se com a realização de investigações e pesquisas, a fim de estabelecer os parâmetros daquilo que nomeará como o “protótipo de uma diretriz de desenvolvimento”. Propõe, para tanto, uma “seqüência que vai desde a profunda dependência do recém-nascido aos cuidados maternos até a autoconfiança emocional e material do jovem adulto - uma seqüência para a qual as sucessivas fases do desenvolvimento da libido (oral, anal, fálica) formam apenas a base inata

e maturacional” (FREUD A. 1976, p.61-62). As investigações passam a convergir, sobretudo, para o desenvolvimento e seus distúrbios. A importância dessa perspectiva inserida no âmbito da psicanálise justifica-se, segundo a autora, pelo fato de que “a visão da infância em grande plano, desenvolvida ao longo dos anos na base do trabalho analítico com crianças, fornece ao analista uma abordagem do desenvolvimento da personalidade que difere, sutilmente, da dos seus colegas que apenas observam a criança por intermédio do adulto” (p. 16).

Ao analista de crianças é proposta uma posição singular em face da sintomatologia apresentada. O sintoma deve ser aferido em função da situação do paciente na escala do desenvolvimento, considerando-se a progressão dos impulsos, o desenvolvimento do ego e do superego, a maneira como se articulam o princípio do prazer e o princípio da realidade. Ao analista cabe, enfim, avaliar se a “criança sob exame” encontra-se em níveis de adequação compatíveis com os esperados para sua idade, e em quais aspectos está aquém ou além do esperado. O distúrbio da criança, curiosamente, não é tomado somente como decorrência de um suposto entrave ou desvio, mas também como aquilo que afeta a maturação e o desenvolvimento que deveriam transcorrer de *maneira natural* (FREUD A. 1976, p. 111).

O protótipo de uma diretriz de desenvolvimento torna-se o guia para a condução do tratamento, um saber construído sobre a criança que do exterior opera tanto para o entendimento da sintomatologia como para seu tratamento: “Quanto mais completo for o esquema, com tanto maior êxito o paciente individual será aferido em comparação com tais normas” (FREUD A. 1976, p. 111). Dois componentes são essenciais neste processo de avaliação: o tipo de conflito e a natureza da ansiedade dominante.

Inaugura-se na psicanálise, a partir da clínica com a criança, um modo particular de tratar o sintoma e analisar suas causas. A sintomatologia

fica correlacionada à progressão e à normalidade afetiva e emocional da criança — uma mudança de paradigma a propósito do sintoma tal como Freud estabelecera em suas investigações na clínica da neurose com os adultos. No final do século XIX, a clínica viu-se confrontada justamente com um saber próprio do sintoma, levando-se à proposição de que os “sintomas patológicos de determinados pacientes neuróticos têm um sentido” (FREUD 1969I, p. 105). Situar a sintomatologia como desvios ou entraves, em relação a uma matriz de desenvolvimento, destitui o caráter inaugural que a psicanálise atribuíra ao sintoma: o de ser uma mensagem cifrada pelo trabalho do inconsciente.

No projeto teórico de Anna Freud, o analista, além de estar atento às possíveis desordens existentes, deveria avaliar certas características da personalidade eficazes em fornecer subsídios para a previsão de saúde ou doença no futuro — esta ambição, que se depreende dos possíveis alcances de uma prática com a criança assim orientada, alimentará propostas ulteriores de prevenção ou profilaxia de distúrbios, com presença marcante nos programas de higiene mental para a infância, aqui posteriormente abordados.

Estas características da personalidade, inatas ou adquiridas sob a influência das primeiras experiências do bebê, são atribuídas ao ego enquanto instância psíquica mediadora do eu com o meio ambiente. Qualificadas como fatores estabilizadores da personalidade, estão a tolerância à frustração, o potencial de sublimação, os meios efetivos para lidar com a ansiedade e a tendência no sentido da *conclusão do desenvolvimento* (FREUD A. 1976, 111-120, grifos nossos). Os métodos de observação, pautados na investigação direta da criança e do recém-nascido, abrem uma nova empreitada. Segundo seus idealizadores, este modo de investigação teria a vantagem de “poder individualizar, por meio da observação, um desenvolvimento supostamente normal no recém-nascido e na criança, sem se deixar influenciar pelas observações provenientes das

terapias, relativas a indivíduos cujo desenvolvimento é supostamente desviado” (DI CIACCIA 1997, p. 29).

A década de vinte do século passado foi marcada, no entanto, por um debate acirrado sobre as modificações na técnica psicanalítica clássica em função de sua aplicabilidade na infância. Questionam-se os fundamentos para uma modificação na técnica e os efeitos produzidos pelo tratamento. Ainda, levado a último termo, este debate põe em relevo uma indagação sobre a condição de a criança ser um analisante. SANTIAGO (2005), no entanto, apresenta-nos a existência de um caráter único que rege as preocupações e divergências, qual seja, os efeitos do tratamento na vida futura do indivíduo:

Aos analistas dessa geração interessa, sobretudo, saber qual seria a prática mais apropriada para se evitar que a criança se tornasse, no futuro, um neurótico ou mesmo um inibido. É no âmbito deste contexto que surgem as primeiras indagações sobre a orientação clínica mais apropriada para garantir o desenvolvimento sem entraves do sujeito infantil, que se traduz na seguinte questão: Trata-se de cura psicanalítica propriamente dita ou de método educativo fundamentado na psicanálise? (SANTIAGO 2005, p. 67-68).

Em sua obra *Psicanálise da criança*, originalmente publicada em 1932, Melanie Klein situa claramente as razões do estabelecimento, na época, de duas principais linhas de desenvolvimento no campo da psicanálise com a criança e retoma o caráter essencial de uma experiência analítica, desviado pelas proposições de sua mais importante opositora:

Anna Freud foi levada, por suas descobertas, a modificar a técnica clássica, e elaborar seu método de analisar crianças no período de latência independentemente de meu processo. Em sua opinião, as crianças não desenvolvem uma neurose transferencial, de forma que não existe a condição fundamental para o tratamento analítico. Esta opinião difere da minha (...). Surgirá uma situação transferencial desde que empreguemos um método equivalente à análise de adultos, isto é, que evitemos qualquer medida pedagógica (KLEIN 1975, p. 20).

Os esforços de Melanie Klein consistem em situar a criança no tratamento analítico a partir das concepções freudianas sobre a transferência e a interpretação. Concebe, para tanto, uma nova abordagem

com a introdução de jogos e brinquedos — a notadamente conhecida técnica lúdica. Por meio de objetos e de jogos, a expressão das fantasias, dos desejos e das experiências pode dar-se de maneira simbólica. Portanto, situa as produções decorrentes do manejo da técnica como o material sobre o qual o analista intervém através da interpretação — não é o jogo ou objeto em si, mas o que de simbolismo ele comporta. Estabelece, assim, uma hipótese que articula o jogo da criança às manifestações do inconsciente: “Ao utilizar a técnica lúdica, logo descobrimos que a criança faz tantas associações aos elementos isolados de seu brinquedo quanto os adultos fazem aos elementos isolados de seus sonhos” (KLEIN 1975, p. 31).

Segundo esta autora, as finalidades e os efeitos de uma análise poderiam ser avaliados tendo-se como referências o modo de organização pulsional e o tempo de efetuação das instâncias psíquicas. Uma análise poderia auxiliar, por exemplo, na eliminação de uma fixação da libido e na diminuição da força que os desejos pulsionais exercem. O desenrolar de uma análise promoveria, em última instância, uma capacidade de *sublimação mais sólida* — sublimação, como estabelecera Freud (1915a), trata-se de um dos destinos ou solução encontrada pelo sujeito para a insistência do real da pulsão.

Pode-se localizar o horizonte, da autora, em relação à análise com uma criança, na seguinte passagem de seu texto, publicado originalmente em 1932:

Qual será o reflexo da análise numa vida que ainda se acha em processo de desenvolvimento? (...) Na medida em que a vida sexual e o superego atingem um estágio mais avançado de desenvolvimento, o ego se expande e se torna capaz de reconciliar as exigências do superego com as da realidade, de modo que suas sublimações têm uma base mais sólida e as antigas se despojam de seu caráter espasmódico e sádico (KLEIN 1975, p. 359).

O desenvolvimento teórico de Melanie Klein conduzirá a idéias originais e inovadoras em relação ao percurso freudiano. A proposição mais significativa neste sentido talvez possa ser situada na importância que o

conceito de superego adquire. Esta instância psíquica, que se organiza, segundo a autora, precocemente na criança, tem por função regular a relação com a mãe, fortemente impregnada por fantasias. As fantasias de devoração, por exemplo, articuladas aos mecanismos de introjeção e projeção, pela ação do superego produziram na criança duas posições subjetivas distintas: a posição esquizoparanóide e a posição depressiva. Diferentemente do geneticismo de Anna Freud, que supõe uma condição de maturação seqüencial e natural ao desenvolvimento psíquico e emocional, a função da fantasia inconsciente abre a vertente da incidência do mundo fantasmático, imaginário, na constituição do sujeito. Em contraposição à psicologia do ego, no entanto, temos nas proposições kleinianas o que poderia ser denominado de uma psicanálise do superego.

Uma primeira teoria sobre o desenvolvimento psíquico, na obra de LACAN, pode ser encontrada em seu artigo, publicado originalmente em 1938, sobre a família. O essencial neste estudo, denominado *Os complexos familiares*, consiste no esforço em situar a família não dominada por determinantes biológicos, mas estruturada por complexos simbólicos. Isola três complexos: o de desmame, que organiza a relação entre a mãe e a criança; o de intrusão, que organiza a relação entre a mãe, a criança e o rival imaginário (a presença de um irmão); o de Édipo, que organiza a relação entre a mãe, a criança e a imago paterna (LACAN 1997). No centro de cada complexo, portanto, está postulada a existência de uma perda ou uma falta.

Os complexos familiares, neste texto de Lacan, devem ser entendidos como *organizações psíquicas* que se estruturam ou se remodelam em função de uma perda ou falta que se apresenta. Essa proposição, implicitamente anunciada em 1938, introduz a importância que o conceito de falta adquire na teoria lacaniana, em seu aspecto estruturante, ou seja, enquanto presença irreduzível em todo processo psíquico. RODRIGUEZ (1996), em sua análise deste texto de Lacan, indica que os complexos

familiares são estruturantes porque as perdas neles envolvidas desencadeiam crises. Estas, por sua vez, promovem novas e mais sofisticadas organizações psíquicas. Neste processo, no entanto, são produzidos restos inassimiláveis, o que faz com que essas perdas passem a operar como causas — causas perdidas — cujo protótipo é a perda da mãe pelo desmame (RODRIGUEZ 1996, p. 89). Tais perdas assumem um papel determinante no desenvolvimento psíquico na condição de *organizadores* do desenvolvimento.

O complexo, enquanto conceito articulado numa vertente simbólica, apresenta-se totalmente heterogêneo a um programa instintual preestabelecido no indivíduo. Este operador conceitual de Lacan intervém nas teorias sobre o desenvolvimento da libido de modo a retirar o caráter biológico que se poderia aí entrever. Uma falta ou perda, e não uma gênese, institui-se como o fator determinante do desenvolvimento psíquico, tal como implícito nos três complexos propostos: o complexo de desmame organiza-se em torno da perda do seio da mãe como Toda; o complexo de intrusão a partir da perda do ser em sua posição narcísica; o complexo de Édipo, em torno da perda do objeto primordial (RODRIGUEZ 1996, p. 89).

MILLER (2005a) destaca que o conceito de complexo é dado como a chave da teoria do desenvolvimento e da psicopatologia; conceito definido essencialmente neste momento da obra de Lacan como um fator de cultura, em oposição ao instinto. Portanto a antítese que se estabelece entre o instinto e o complexo possui o valor de indicar que “no que concerne à definição do homem, nada se pode definir do seu psiquismo a partir da adaptação vital. É o que preparava Lacan para se opor à *egopsychology*, na qual, precisamente, a adaptação é uma palavra chave” (p. 3-4).

As teorizações de Jacques Lacan, especialmente as elaboradas nos anos 1950, marcarão uma ruptura com as orientações psicanalíticas que colocam o ego (eu) no centro da experiência psicanalítica. Insiste, em vários

momentos de seu ensino que o sujeito da psicanálise não se encontra reduzido ao ego (eu), uma das instâncias psíquicas postuladas por Freud.

MILLER (1983, p. 7-8) indica que a perspectiva do desenvolvimento, que passa a dominar a relação dos psicanalistas com a criança, será confrontada por Jacques Lacan de duas maneiras: inicialmente irá opor “desenvolvimento e história”, posteriormente “desenvolvimento e estrutura”.

Em relação à primeira oposição, procura demonstrar que no campo da linguagem, ao qual a experiência psicanalítica se encontra referida, o “desenvolvimento cede lugar à história”. Proposição que se encontra na seguinte passagem do texto de LACAN (1998c, p. 263):

O que ensinamos o sujeito a reconhecer com o seu inconsciente é sua história - ou seja, nós o ajudamos a perfazer a historicização atual dos fatos que já determinaram em sua existência um certo número de ‘reviravoltas’ históricas. (...) Assim, toda fixação numa pretensa fase instintual é, antes de mais nada, um estigma histórico. Dito de maneira sucinta, os estádios instintuais já estão, ao serem vividos, organizados como subjetividade.

Porém, opor desenvolvimento e história, com analisa MILLER (1993 p. 8), não significa negar a existência de uma maturação no organismo. Significa dizer que este processo inclui um *Sujeito*, que subjetiva, ou seja, que cada dado objetivo inclui um sujeito que dá sentido ao ocorrido. Assim, “o mesmo dado objetivo pode receber sentidos distintos (...), de tal maneira que não há uma maturação, um processo igual para todos, mas sim um processo que se diferencia de acordo com os sujeitos”.

A oposição entre desenvolvimento e estrutura permeia toda a construção teórica de Jacques Lacan. O estudo realizado por CIRINO (2001), a propósito do tema, indica uma elucidativa referência, a seguir exposta:

A complexa relação entre a emergência cronológica dos fenômenos e a lógica da estrutura é também ilustrada pela questão da aquisição da linguagem. Os psicolingüistas estabeleceram uma ordem natural do desenvolvimento da linguagem, na qual o infante progride ao longo de uma seqüência de etapas predeterminadas [...]. Lacan não

se interessa por essa seqüência progressiva, mas pelo modo como a linguagem posiciona o sujeito em uma ordem simbólica (CIRINO 2001, p. 109).

Uma outra referência, talvez a mais difundida no meio psicanalítico, é a doutrina “inconsciente estruturado como linguagem”. Desta maneira, Lacan contrapõe-se à noção de inconsciente que se firmara em psicanálise, qual seja, a de ser “reserva de imagens ou pulsões, uma realidade preexistente, enfim, uma substância”. Para Lacan, continua CIRINO (2001 p. 112), “o inconsciente é marcado por uma “vacuidade”, um “vazio” cuja matriz teórica, para se pensar sua existência e seu funcionamento, encontra-se no modelo da linguagem”.

Portanto, o inconsciente não se encontra situado em um determinado lugar, tampouco se configura como um continente, um reservatório das pulsões ou idéias que não podem se manifestar. O inconsciente evidencia-se pela fala, pela articulação significativa, tal como Freud o descobriu, através dos relatos dos sonhos, dos atos falhos, dos lapsos, dos sintomas.

A criança, na orientação lacaniana, passa a ser concebida não como um ser em desenvolvimento, mas determinado pela estrutura simbólica na qual se encontra imerso. Na experiência analítica, tal como o adulto, visa-se sua posição de sujeito, passível de ser representado somente pela linguagem. Isto implica conseqüências clínicas importantes, tanto para o entendimento do sintoma da criança, quanto para a condução do tratamento analítico. Tema que será abordado no último item desse capítulo.

3.2 A família e a construção da subjetividade

O tema da família, ou das relações organizadas no interior da estrutura familiar, será introduzido neste capítulo a partir de um ensaio de Freud, analisado por diversos autores em sua importância para o confronto,

em determinado momento da vida da criança, com o enigma de sua origem, de sua existência e do seu lugar no desejo dos pais.

Os romances familiares, descritos por Freud (1909a), assumem o caráter de uma *ficção*, uma construção realizada pela criança, na qual seus genitores aparecem como os personagens centrais. Permitem uma leitura do desenvolvimento da criança, não nas premissas de uma organização autônoma da libido e das pulsões, mas determinado pela função que ocupa a fantasia e a realidade psíquica. Vêm ao encontro do interesse deste trabalho em apontar que a importância das relações familiares para a constituição do sujeito transcende o atendimento das necessidades ou o aspecto visível da qualidade da relação que se estabelece. Nesse confronto da criança com a realidade sexual, um dos aspectos explorados por Freud neste texto de 1909, situa-se a função da família na constituição do humano, pois o próprio enigma da sexualidade, como veremos, introduz para ela as primeiras interrogações sobre a demanda e o desejo.

Freud apresenta, neste ensaio, as várias maneiras encontradas pelo indivíduo de imprimir um afastamento de seus pais, uma libertação primordial de sua autoridade. Refere-se a situações que revelam que a própria condição neurótica é determinada visivelmente por uma falha nesta tarefa (FREUD 1909a, p. 243).

Os pais, constituídos como autoridade única e fonte de todos os conhecimentos, provocam inicialmente o desejo, na criança, de a eles se igualar. Posteriormente, a decepção pode advir, em decorrência de a criança poder colocar em questão as qualidades até então atribuídas aos seus pais. Em decorrência de seu desenvolvimento intelectual, a criança passa a compará-los com outros e a criticá-los. Nesta possibilidade de exame e crítica referida aos pais, entram em jogo os “impulsos mais intensos de rivalidade sexual”. O que gera na criança o sentimento de hostilidade é a idéia de estar sendo negligenciada, idéia que pode intensificar-se com a

presença ou chegada de irmãos. A sensação de não existir uma retribuição à altura de sua afeição vai encontrar abrigo na idéia de ser uma criança adotada, fazendo vacilar a legitimidade atribuída até então àqueles que se apresentavam como os seus pais. Esta *interpretação* ou *resposta* da criança, ao defrontar-se com a suposta hostilidade dos pais, resulta do seu confronto com a questão fundamental sobre “o que se é no desejo do outro”.

A fantasia cumpre, portanto, o papel de promover o afastamento da criança de seus pais. Uma das soluções encontradas, para tanto, consiste em promover uma substituição dos pais por outras pessoas. Solução compatível, diz Freud, com sua ignorância em relação aos determinantes sexuais da procriação.

O estágio seguinte no “desenvolvimento do afastamento do neurótico de seus pais” é descrito por Freud como o “romance familiar do neurótico”, raramente lembrado conscientemente, porém passível de ser revelado pela psicanálise. Trata-se de uma atividade imaginativa que se ocupa das relações familiares, que se instala, segundo Freud, quando a criança passa a conhecer a diferença entre os papéis desempenhados pelos pais e pelas mães em suas relações sexuais.

Compreendendo que “*pater sempre incertus est*”, enquanto a mãe é “*certíssima*”, o romance familiar sofre uma restrição: contenta-se em exaltar o pai da criança, deixando de lançar dúvidas sobre sua origem materna (FREUD 1969e, p. 245). A paternidade, a definição daquele que se coloca como seu pai, pode ficar sob suspeita, pois a paternidade pode ser sempre questionada. Ao contrário, estando a criança apoiada em conhecimentos sobre a gestação e as condições de nascimento de um bebê, sobre a mãe não recairá nenhuma dúvida.

Esse segundo período, como propõe NAVEAU (2001, p. 134), traduz um momento de guinada na infância com a descoberta da sexualidade. Por

isto, “Freud diz que há duas fases, dois períodos, dois estágios: um assexual e um estágio sexual. O interessante é que a descoberta da sexualidade não diz respeito à relação sexual, mas ao nascimento de uma outra criança”.

Em suas conclusões, Freud alerta que nenhuma dessas “obras de *ficção*” deve ser entendida como comportando um valor em si; os mecanismos operados pela criança de substituição dos pais ou as hipóteses sobre a sexualidade deles revelam *infidelidade e ingratidão apenas aparentes*. Indica, sobretudo, que se a criança “dá as costas ao pai, tal como o conhece no presente, é para se voltar para aquele pai em quem confiava nos primeiros anos de sua infância”.

Os romances familiares nos ensinam sobre o surgimento de uma posição na criança que tenta dar consistência ao seu lugar na estrutura familiar, uma interrogação sobre como é desejada ou amada. Partindo da estruturação edípica de cada um, o romance familiar permite um posicionamento do sujeito em relação à sua existência, tanto na vertente do amor (ser ou não ser amado) quanto na dos enigmas do sexo e da procriação. Pode indicar, ainda, que, da universalidade do Édipo, enquanto mito, deve-se extrair somente a existência de uma lei que regerá uma invenção ou construção própria de cada sujeito, elaborada com os elementos e valores que se lhe apresentam como os mais singulares.

NOMINÉ (1997) destaca o processo estruturalmente implícito no romance familiar: a saída paulatina do sujeito de sua posição de criança para a posição de sujeito desejante. Enquanto tal, carregará a marca de como foi tomada em sua posição de objeto, ou seja, de objeto de desejo do Outro — trata-se aqui das interrogações da criança, nas ficções do romance familiar, sobre seu ponto de origem dependendo de como foi inscrita, pela vertente do amor, no desejo dos pais. Propõe que “o romance familiar é o que Freud chamava de *neurose infantil*, ou de o *infantil*”, aquilo que da criança não se desenvolve, portanto, estrutural. No entanto, da sua posição

de objeto, tal como a construiu em seu romance familiar, o sujeito nada saberá.

O “romance familiar do neurótico”, termo cunhado por Freud para designar o relato dos pacientes, não recobre, no entanto, toda a abrangência do tema da família em psicanálise. As referências freudianas sobre o Complexo de Édipo, amplamente difundidas na cultura, sobre o grupo familiar totêmico são exemplos do esforço em estabelecer a estrutura familiar regida por aspectos imaginários e simbólicos.

Portanto, como notadamente reconhecido, a família não pode ser considerada como uma unidade natural. A psicanálise encontra várias maneiras de demonstrá-lo. Freud encontrou no mito, estrutura simbólica por excelência, uma maneira de dar, fundamentalmente, uma sustentação ao pai.

A abordagem estrutural da família, realizada por Jacques Lacan, pressupõe dois aspectos essenciais: a anterioridade do Outro, enquanto sistema simbólico estruturado pela linguagem, sobre o sujeito; e o fato de a família ser o lugar de transmissão de uma lei, fundamentalmente, a lei da proibição do incesto (SANTIAGO 1996, p. 87).

LACAN (1998b, p. 5), contrapondo-se às utopias comunitárias que apregoavam, nos anos 1960, uma certa dissolução da família, reafirma que a família subsiste e deve subsistir porque a ela compete a tarefa de uma transmissão essencial. O caráter irredutível concernido à família diz da exigência de uma transmissão dos elementos necessários para a constituição do sujeito:

Lacan precisa que esta transmissão é da ordem da “constituição subjetiva”. Isto permite insistir sobre o fato de que essa transmissão é de uma outra ordem que a ordem natural. Não há necessidade da família para se fazer filhos, mas para se fazer sujeitos, sim. Então essa transmissão implica a relação com um “desejo que não seja anônimo” (SAURET 1998, p. 87).

O “desejo não anônimo” é, portanto, o desejo que pode ser transmitido por alguém, o desejo encarnado em alguém, e não por um qualquer. Lacan refere-se, portanto, à função do pai e à função da mãe. O desejo da mãe não é anônimo porque “seus cuidados com a criança trazem a marca de um interesse particularizado” (LACAN 1998 p. 5).

É necessário, portanto, para que a criança se constitua enquanto sujeito, estar referenciada de alguma maneira no desejo da mãe. No entanto, deve existir a possibilidade de a mulher dirigir também o seu desejo para um homem. A função do pai constitui em indicar para onde o desejo da mãe deve se orientar enquanto mulher. Se a mulher não puder orientar seu desejo para um homem, a criança surge como possibilidade, enquanto objeto, de recobrir toda a falta feminina. “O objeto criança não somente preenche, com também divide. É fundamental que a mãe deseje outras coisas além dele. Se o objeto criança não divide, ou ele sucumbe como dejetivo do par genitor, ou, então, entra com a mãe numa relação dual que o alicia. Há assim uma divisão bastante simples: a criança preenche ou a criança divide” (MILLER 1998, p. 8).

O pai, por sua vez, busca encontrar no sujeito feminino aquilo que lhe faz falta. Esta é a orientação do desejo do pai, a versão do pai: colocar uma mulher como a causa do seu desejo. Como conseqüência, no casal parental sempre há algo de sintomático, na medida em que a escolha do parceiro é influenciada por determinantes inconscientes no sujeito:

Estes signos do inconsciente do outro, que guiam o sujeito na escolha neurótica de seu parceiro, não são senão o que Lacan chama de sintoma. A verdade da relação entre os pais é que um faz do outro o seu sintoma, elegem-na porque ela lhes dá signos de seu inconsciente (NOMINÉ 1997, p. 12).

Assim, a tese de Lacan propõe que “há alguma coisa da estrutura familiar que faz sintoma, ou melhor, que cada estrutura familiar inclui um sintoma ou se estrutura ao modo de um sintoma” (LACADÉE 1996, p. 76).

3.3 O sintoma

Observa-se, no campo clínico em geral, a existência de maneiras distintas de conceber o sintoma. Para uma determinada manifestação sintomática, pode-se propor a verificação de seu surgimento, sua evolução e características, privilegiando-se, neste processo, algumas de suas propriedades. Estando desta maneira formalizado e articulado a outros pressupostos, o sintoma passa a ser verificado em sua condição de pertencer ou não a uma síndrome estabelecida. Satisfazendo estas exigências, o sintoma fica aí incluído e absorvido num conjunto maior que permite a nomeação da doença e a atribuição de um diagnóstico. A propósito do sintoma médico, verifica-se que, devido à ciência, ele se tornou somente um índice, excluindo-se, assim, a possibilidade de lhe atribuir qualquer significação (LEGUIL 1996, p. 120-121).

O conceito de sintoma em psicanálise encontra nas descobertas freudianas sobre a histeria a sua primeira acepção: os sintomas comportam uma face de sentido, por comportarem desejos e fantasias inconscientes peculiares ao sujeito. Estando submetidos a uma determinação simbólica e significativa, podem ser decifrados e interpretados. A especificidade do caráter atribuído por Freud ao sintoma pode ser reconhecida em uma das suas conferências introdutórias sobre psicanálise, de 1916:

Na última conferência, expliquei-lhes que a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, que a psicanálise, entretanto, valoriza precisamente este ponto e estabeleceu, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente (FREUD 1969L, p. 305).

A evolução da clínica psicanalítica, pós-Freud, testemunha modificações em seus conceitos originais e divergências profundas entre as correntes e tendências analíticas. LAURENT (2000, p. 16-21) propõe que o conceito de narcisismo reordenará, nos pós-freudianos, os fundamentos da clínica levando a um enfraquecimento da classificação legada por Freud: as três neuroses (obsessão, histeria e fobia), as perversões, e as psicoses.

Toda uma reconstrução da clínica foi realizada a partir do conceito de personalidade narcísica por um aluno de Karl Abraham, o psiquiatra Franz Alexander. O interesse por esta modalidade clínica, especialmente nos Estados Unidos, serviu para elucidar as depressões e os casos de *borderline* — “em todas estas novas produções clínicas desenha-se uma unidade: o transtorno narcisista, que produz por sua importância certa depreciação das velhas articulações neuroses-psicoses”.

A primeira extensão da clínica foi promovida por Melanie Klein ao aplicar a psicanálise no tratamento de sujeitos psicóticos — publica em 1932 o caso Dick, “Narrativa de uma análise de uma criança”. A constatação de fenômenos clínicos importantes como a presença massiva da angústia, manifestações da pulsão de morte, deformações fantasmáticas e corporais “dão ao imaginário em geral um aspecto absolutamente central” (LAURENT 2000 p. 19).

A importância das constatações provenientes da clínica com a criança, os estudos sobre os transtornos narcísicos e sobre a depressão confluem para um estado de coisas até que, nos anos cinqüenta, “os psicanalistas de todas as orientações encontram-se incomodados pela extensão do sintoma, (...) com o sentimento de perder a cada dia o fio do que fazia verdadeiramente o sintoma freudiano” (LAURENT 2000, p. 19).

Contrapondo-se ao lugar que o conceito de sintoma passara a ocupar na clínica psicanalítica, Lacan proporá que, para além de toda nosografia clínica admitida, o que se evidencia é o fato de o sintoma dirigir-se ao Outro. Ou seja, o sintoma em psicanálise somente pode ser constituído na presença do analista, e não como uma entidade clínica construída por um saber teórico que permita uma classificação, como pode ser evidenciado no campo psiquiátrico.

Na demanda de cura particular que se dirige ao analista, a análise isola a presença do Outro em uma dimensão própria. (...) Esta demanda mina toda classificação possível, que atravessa a extensão

do sintoma e faz com que o psicanalista encontre o sofrimento humano estruturado como uma mensagem, em sua particularidade (LAURENT 2000, p. 19).

A experiência clínica com crianças constituiu-se em uma problemática maior na psicanálise, por se ver justamente dominada por concepções que analisam o sintoma da criança como entraves ou desvios do desenvolvimento natural. Mediante esta concepção, o ensino de Lacan possibilitou conceber o sintoma da criança, tal qual o do adulto, como uma forma de expressão particular do sujeito de algo que se estabelece como um impasse para ele. Ou seja, o sintoma da criança pode ser entendido como uma resposta do sujeito, geralmente frente a um real impossível de ser significado.

SOLANO-SUARÉZ (2004, p. 17-25) indica que, na clínica das neuroses, o sintoma concebido como uma resposta do sujeito comporta uma face de sofrimento e, ao mesmo tempo, veicula uma questão, comporta uma face de sentido: “O sintoma é uma resposta do sujeito diante do que constitui enigma para ele, isto é, do que se apresenta como não tendo sentido. O sintoma é uma operação alquímica que permite fazer passar um gozo fora de sentido para o lado do sentido”. O sintoma comporta, portanto, um ponto de opacidade para o sujeito, que pode ser isolado pelo trabalho analítico. Ao mesmo tempo, “para que haja análise se faz necessária uma subjetivação desta questão, que a criança *faça sua* a questão que se refere ao sintoma”.

Portanto, pressupõe-se que o sujeito criança possa produzir uma significação para seu sofrimento e deslocar-se de determinada posição na qual se encontra. Esta maneira de abordagem do sintoma privilegia, portanto, a possibilidade de se particularizar o que aparentemente apresenta-se como transtorno ou distúrbio do desenvolvimento, estabelecido por meio de um saber exterior ao sujeito.

4 A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

4.1. As condições para o surgimento de uma clínica psiquiátrica com a criança

As origens de uma psiquiatria da criança, como visto no capítulo 2, datam do século XIX, sendo somente instituída como um campo específico e uma clínica com fundamentos próprios a partir dos anos trinta do século XX. Os fatores que contribuíram para essa consolidação da psiquiatria infantil serão agora aprofundados segundo teóricos de referência na área.

KANNER (1972), em obra publicada originalmente em 1935, avalia os determinantes para a expansão das ações da psiquiatria, no campo da infância, nas primeiras décadas do século XX. Desde 1927, atuava no John Hopkins Hospital de Baltimore, nos Estados Unidos. Mostra claramente, em sua análise, o enfoque na experiência norte-americana, marcada por duas importantes presenças: o movimento da Higiene Mental e as orientações teóricas da psiquiatria dinâmica, cujo maior expoente é Adolf Meyer.

Segundo KANNER (1972), a primeira década contou com vários acontecimentos independentes entre si, mesmo que originários de uma mesma atitude de amplo interesse pela criança: a introdução da psicometria, o surgimento da psiquiatria dinâmica, a instalação de tribunais de menores e o movimento da Higiene Mental.

O primeiro aspecto indicado por Kanner, o surgimento da psicometria, remete à questão da debilidade mental inserida no campo da educação. Os recursos e paradigmas herdados do século anterior, que apontavam quase que exclusivamente o caráter orgânico como fator etiológico do retardamento mental, tornam-se, então, insuficientes para traçar uma delimitação mais precisa entre o normal e o patológico.

Como assinala SAURET (1998, p. 14) fracassa a tentativa de explicar pela biologia todas as doenças observáveis, originando-se um campo específico no qual a patologia não seria mais referida ao organismo. Condição para o surgimento de um projeto de uma “ciência do sujeito”, de uma *psicologia* na qual a criança deveria ser situada em novas bases.

A ampliação dos métodos educativos para crianças ditas anormais no final do século XIX, pela atuação de Seguin, desloca as crianças dos asilos para instituições de educação especializada, situação que prepara o terreno para a pedagogia experimental emergente no início do século XX (SANTIAGO 2005, p. 58). Binet e Simon consolidam em 1909 um método de abordagem psicométrica, através do qual era possível situar cada criança em função de uma escala normal de desenvolvimento cognitivo, resultado de uma avaliação aplicada em milhares de crianças de diferentes idades. Esta escala normativa da capacidade escolar tornou-se conhecida, posteriormente como teste de inteligência, teste mental ou teste psicométrico.

A anormalidade da criança passa a ser definida em relação à média das aquisições encontradas para cada idade e o desempenho escolar, a ser incluído como um dos critérios de classificação da debilidade. A partir da década de quarenta, uma nova distinção, apoiada na etiologia, sugere a existência de falsos e verdadeiros débeis. A verdadeira debilidade permanece associada ao déficit orgânico enquanto a falsa debilidade encontra explicações num conflito psíquico provavelmente ocasionado por desordens de ordem afetiva (SANTIAGO 2005, p. 61-63).

O segundo aspecto indicado por KANNER (1972), como favorável à expansão das ações da psiquiatria na primeira década do século XX, encontra-se no seio da nova psiquiatria que se estabelece nos Estados Unidos, fundada em uma visão mais humanista e dinâmica da doença

mental. Adolf Meyer, o principal teórico desta corrente, procede a uma revisão da nosologia de Kraepelin (1890), incorporando noções psicanalíticas freudianas e modificando, numa perspectiva psicobiológica, o entendimento dos transtornos mentais. A atitude do psiquiatra modifica-se ao buscar as origens dos transtornos mentais as experiências do passado. Nessa nova tendência, os aspectos biográficos convertem-se em parte obrigatória da resenha psiquiátrica, e uma biografia ordenadamente realizada conduz sempre à *infância* do paciente. Esse interesse inicial era, contudo, biográfico, histórico. A ausência de um contato direto do psiquiatra com as crianças persistia (KANNER 1972, p. 33).

No transcorrer da década de vinte, a implantação das Clínicas de Orientação Infantil, por iniciativa dos representantes da Higiene Mental, contribuiu de forma eficaz para a compreensão e o tratamento dos problemas da personalidade⁹. A investigação começou a estabelecer uma correlação entre o comportamento da criança e as atitudes de pais e professores, sendo estes, então, incluídos nas medidas terapêuticas. Um novo conceito, *a terapêutica da atitude*, surge, e aquilo que era antes considerado como atitude condenável na criança, passa a ser compreendido como um tipo de reação ao modo de tratamento recebido, seja de superproteção, supertolerância, solicitação extrema, perfeição, hostilidade aberta ou dissimulada (KANNER 1972, p. 37). A medida de tratamento para tais situações era conduzir a criança a outros ambientes, a fim de promover um afastamento das atitudes perturbadoras, da família ou de professores. Contudo, uma proposta terapêutica específica e destinada às crianças continuava inexistente (KANNER, 1972 p. 39).

Na última década analisada por Kanner, com início nos anos trinta, os higienistas decidem atuar diretamente com as crianças, convencidos de que

⁹ No período anterior, entre 1910 e 1920, o movimento da Higiene Mental centrou seus esforços nas situações mais graves e urgentes: a insanidade e a delinquência. A indiferença e a apatia diante dos menos afortunados foram dando lugar a uma "atitude de simpatia e um desejo de compreender e ser útil". Tentando cumprir estes objetivos, são criados os orfanatos, a liberdade vigiada e as classes de educação especial (KANNER, 1972, p. 35)

as medidas adotadas nos anos anteriores agravavam algumas situações e mantinham as crianças isoladas de qualquer outro procedimento supostamente capaz de provocar melhores resultados terapêuticos.

O esforço volta-se, assim, ao estabelecimento do melhor método, desconhecido até então, de abordar a criança em sua problemática psíquica. Na clínica psiquiátrica, sob influência de concepções psicanalíticas, o sentido atribuído pelos pacientes aos seus sintomas despertava cada vez mais interesse. Os psiquiatras de crianças, buscando alguma técnica similar à utilizada com os adultos, são orientados por Anna Freud, quanto aos recursos apropriados para se obter acesso aos significados da sintomatologia infantil. Com a consolidação desses métodos, surge o “momento oportuno para se estabelecer uma colaboração mais estreita com os organismos interessados na higiene mental da infância” (KANNER 1972, p. 39).

Em 1930, uma clínica especializada em psiquiatria é instalada em um hospital geral para crianças, o ensino de psiquiatria da infância em escolas de assistência social, medicina e em cursos destinados à formação de professores tem início, e as escolas passam cada vez mais a solicitar auxílio aos centros de orientação infantil para o atendimento de alunos difíceis (KANNER 1972, p. 40).

Na obra de AJURIAGUERRA, publicada originalmente em 1970, encontra-se uma visão menos influenciada pela experiência norte-americana e mais extensiva à colaboração de disciplinas e teorias na progressão da psiquiatria infantil, problemática que pode ser ampliada em função do lapso de tempo, trinta em cinco anos, que separa os dois estudos.

AJURIAGUERRA (1976, p. 5-8) parte do princípio de que a psiquiatria infantil foi considerada uma ciência menor enquanto se manteve obscurecida pela psiquiatria do adulto, com a persistência do método adultomorfo e a

visão da criança como um homem em miniatura. E quando se lança como especialidade, apóia-se numa psicopatologia genética, centrada no desenvolvimento e suas perturbações, tomando as possibilidades da criança, em cada etapa de sua evolução, como o que deve orientar a prática clínica, uma vez que cada fase cronológica podia ser entendida à luz das relações do organismo com o meio exterior, incorporando, enfim, as tendências evolutivas da Medicina.

Explora, ainda, a extensão de influências na constituição do campo da psiquiatria infantil, problematizando essa incorporação de conhecimentos originários da neurologia, psiquiatria geral, pediatria, psicologia, etologia, pedagogia e sociologia. Diversidade de teorias que acabam oferecendo significações até certo ponto opostas ao objeto criança.

Os avanços da neurologia levaram os “psiquiatras a acomodar o progresso psiquiátrico ao modo de pensar neurológico”¹⁰, trazendo conseqüências para o entendimento dos fenômenos no campo da infância. A psiquiatria geral, por sua vez, progredira sob a influência de duas correntes opostas: a *organicista*, que entendia o mecanismo mental reduzido à atividade dos sistemas neurológicos existentes; e a *psicogenética*, mais atenta à articulação entre os mecanismos psicogenéticos e a história da personalidade ou da existência individual.

No entanto, para Ajuriaguerra, a própria *evolução da criança* faz ver e permite superar estas ditas contradições. Este autor parece encontrar uma solução para o antagonismo que se instala no interior dessas disciplinas, em decorrência de uma especificidade supostamente existente na clínica com a criança:

¹⁰ Historicamente, a neurologia esteve marcada por duas tendências: uma primeira que toma o funcionamento psíquico como um mosaico de funções procurando uma localização precisa das mesmas; e uma segunda corrente, biofuncional, que analisa as funções não como localizáveis, concebendo o sintoma como produto arbitrário, ainda que possa estar relacionado com alguma lesão específica e localizada (AJURIAGUERRA 1976, p. 6).

Se ao longo deste estudo comprovamos que a criança é “a-histórica” em seus atos sucessivos e realizações funcionais que vão sendo descobertas progressivamente, isto não permite que separemos o desenvolvimento da história, pois, afinal de contas, ele baseia-se em esquemas historicamente fundados (AJURIAGUERRA 1976, p. 7).

O debate gira em torno, portanto, de uma questão central: quais fatores são determinantes para a estruturação e funcionamento psíquico da criança? O desenvolvimento, que segue um padrão pré-determinado, ou a história, que comporta variações individuais e elementos exteriores ao organismo? Mediante a tendência de estabelecer uma primazia do desenvolvimento sobre a história, ou vice-versa, AJURIAGUERRA propõe que estes dois componentes não se opõem e, ainda, se articulam de modo não dissociado. Eis os termos utilizados pelo autor: “o desenvolvimento baseia-se em esquemas historicamente fundados”.

Para sustentar sua tese, AJURIAGUERRA faz referência às teorias de Jean Piaget e Henri Wallon, nas quais o desenvolvimento não obedece uma ordem cronológica, mas sim a uma ordem de sucessão de aquisições.

[Piaget e Wallon] apresentaram o desenvolvimento psíquico como uma construção *progressiva*, que se produz pela interação entre o indivíduo e seu meio. Sua concepção é a de uma *verdadeira gênese do psiquismo*, contrariamente à concepção do desenvolvimento como sendo uma realização progressiva de funções predeterminadas (AJURIAGUERRA, citado por CIRINO 2001, p. 96).

Como visto no capítulo anterior, no item 3.1, para se contrapor ao domínio do cronológico nas concepções psicanalíticas, LACAN (1998c, p. 263) afirma que, no campo da linguagem ao qual a experiência analítica se refere, o desenvolvimento cede lugar à história. Pode-se assim perceber que, em âmbitos e em perspectivas diferentes, o debate converge para problemática semelhante.

Da diversidade teórica que domina o campo da psicologia, AJURIAGUERRA refuta algumas concepções e valoriza a sua contribuição quando orientada pela perspectiva do desenvolvimento. Sua principal crítica recai sobre a tendência de apreciar a criança como “fruto direto ou quase

uma cópia do ambiente”, uma alusão velada aos princípios do behaviorismo. Os estudos sobre as *motivações* localizadas em cada etapa da vida aportam um apoio especial à problemática infantil. Uma atitude de maior aproximação de suas motivações, segundo o autor, resulta em uma notável compreensão da criança enquanto regida por singularidades específicas do tempo em que se encontra.

A participação fundamental da psicologia infantil decorre, portanto, de seus avanços e enriquecimentos advindos da perspectiva genética adotada. Desse modo orientada, a psicologia pôde contribuir de maneira sólida e elucidativa para o entendimento das possibilidades da criança em cada etapa de sua evolução. A mesma análise aplica-se para a psicologia operativa, que inclui em suas considerações o papel desempenhado pelas relações do organismo com o mundo exterior no qual a criança está imersa.

Finalizando seu inventário sobre esta justaposição de conhecimentos referentes à criança, questiona a pertinência do uso de proposições da etologia. Esta não pode ser confundida com o desenvolvimento humano, mesmo que alguns teóricos busquem inspiração nesta área para explicar determinados fenômenos. Realiza uma crítica a John Bowlby por fazer não existir uma oposição entre etologia e desenvolvimento da aprendizagem, entre os conceitos operacionais de Jean Piaget e determinadas respostas da psicanálise (AJURIAGUERRA 1976, p. 8).

Numa visão histórica, considera que somente no final dos anos trinta, a psiquiatria infantil passa a dispor de métodos próprios, desgarrando-se da *psiquiatria do adulto como da pediatria*, ainda que conservando estreitas relações com estes ramos da Medicina. Os resultados e conhecimentos advindos do campo da psicanálise, sobretudo de sua aplicação na tenra idade, as contribuições das distintas escolas — Melanie Klein, Anna Freud e D. W. Winnicott —, a observação direta de crianças, pautada nos fundamentos psicanalíticos, deram o aporte necessário para este

acontecimento. A ocorrência em 1937 do Primeiro Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, em Paris, impulsiona a fundação de novas organizações sob a égide de uma Federação Européia, resultando em uma extensão da psicanálise com crianças a outros países.

A análise empreendida por AJURIAGUERRA revela, no entanto, que sua posição teórica permanece dominada pelos princípios de uma orientação genética e funcionalista. Ao caracterizar a pedopsiquiatria, circunscreve esta disciplina como sendo uma *psicopatologia genética* que se ocupa do desenvolvimento e seus distúrbios. O conhecimento da *gênese das funções*, e seu progresso no tempo, permite atribuir o valor das possibilidades da criança em cada etapa de sua *evolução*. Esse conhecimento, ainda, tende a compreender as diversas fases dessa *cronologia* em função do relacionamento entre organismo e meio (AJURIAGUERRA citado por CIRINO 2001, p. 90).

BERCHERIE (2001) indica que a psiquiatria infantil torna-se possível nos anos 1930 em razão basicamente de dois fatores: a influência da psicanálise e o trabalho conjunto com os pediatras.

O que caracteriza esse período é a influência dominante que as idéias psicanalíticas exercem sobre a clínica infantil, idéias que vão, a partir de então, estruturar grande parte seu percurso. A descoberta de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, adquire no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois é de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente, que dependem, então, as perturbações psicológicas (p. 136).

Apresenta, ainda, neste estudo a tentativa de responder uma questão crucial: a discrepância temporal constatada na constituição de uma clínica psicopatológica da criança em relação à do adulto atribuiu-se a que? Ou ainda, como entender a existência de uma certa “autonomia histórica” da clínica psiquiátrica a propósito da infância? Para tanto, BERCHERIE (2001, p. 140-142) realiza o seguinte percurso teórico.

Antes do advento da psicologia moderna, no final do século XIX, as doutrinas pedagógicas clássicas constituíam-se na única fonte de concepções sobre a criança: as duas teses vigentes¹¹, apesar de conservarem divergências entre si, tinham em comum a “idéia de que um homem se *faz*”. De que “o homem está aí presente desde a infância nas faculdades mentais que vão lhe permitir tornar-se o que lhe estava destinado a ser”. Idéia que influenciará os trabalhos de Pinel e Itard¹².

No final do século XIX, as concepções fisiológicas passam a dominar cada vez mais as teorias sobre o desenvolvimento psicológico da criança: o surgimento das faculdades mentais depende da integridade dos órgãos cerebrais, e passam a ser estabelecidas em termos sensório-motores e reflexológicos. Tal premissa sustenta a analogia imutável, naquele momento, entre a psiquiatria do adulto e a da criança, pois seu cérebro é “susceptível de danos homólogos aos do adulto e, portanto, de manifestações somato-psíquicas da mesma ordem” (p. 141). Somente com a chegada de uma verdadeira psicologia da criança e seu desenvolvimento, torna-se possível a “formação da clínica pedopsiquiátrica moderna”, portanto, não mais se tratando de uma *clínica psiquiátrica pura*, “disciplina inteiramente fundada

¹¹ BERCHERIE (2001, p. 140) aponta as duas correntes vigentes sobre uma teoria da educação: uma representada pelos seguidores de Rabelais, e outra pelos de Montaigne. “Os primeiros confiam sempre no conhecimento, nas humanidades para transmitir à criança a civilização que dela fará um homem, um homem sempre melhor”. Os segundos, cuja expressão máxima é o pensamento de Rousseau, “esperam mais da experiência, com a qual a criança vai se confrontar, o florescimento natural de que é susceptível. O educador dirige habilmente dos bastidores esse encontro com a vida”.

¹² Pinel descreve o *idiotismo*, a propósito da psiquiatria do adulto, diferenciando-o da demência, do delírio geral maníaco e do delírio parcial melancólico. Define o idiotismo como a “obliteração das faculdades intelectuais e afetivas do conjunto da atividade mental, ficando o sujeito reduzido a uma existência vegetativa, com alguns resquícios de manifestações psicológicas: devaneios, sons semi-articulados, crises de agitação” (BERCHERIE, 2001, p. 130). Tanto Pinel como Esquirol (que havia isolado o quadro de *idiotia* antes de 1820) compartilham a idéia de que o déficit é global e definitivo. Dentro do debate sobre o grau de irreversibilidade do retardamento mental, Séguin e Delasiauve defendem a idéia de que o déficit parece ser parcial, com grandes possibilidades de reversão do quadro com o uso de métodos especiais. Itard procedeu a uma primeira tentativa com uma criança, conhecida como o Selvagem de Aveyron, convencido de que se tratava de “uma criança normal, embora privada do conjunto dos conhecimentos sociais e, em particular, da linguagem, devido a seu isolamento profundo”. Séguin, aluno e seguidor dos métodos de Itard, “fundará uma tradição muito fecunda, que dá origem à educação especial, prosseguida na França por Delasiauve, Bourneville e seus alunos” (p. 132)

sobre a observação e a descrição dos estados patológicos, tal como ela pôde funcionar ao longo dos cento e trinta anos da história da psiquiatria clássica, a do adulto”.

A discrepância temporal verificada na constituição da clínica psicopatológica da criança em relação à do adulto é, finalmente, constatada e analisada por BERCHERIE. O operador conceitual que vai esclarecer tal questão encontra-se no próprio campo da psiquiatria, na obra de Karl Jaspers¹³, para quem, todo procedimento clínico em psicopatologia comporta um “fator subjetivo que guia essa atitude que se pretende objetiva” (BERCHERIE, 2001, p. 142). Portanto, antes do surgimento de uma psicologia da criança suficiente para dar conta dos fenômenos observados, era justamente “a ausência de toda compreensão do observador adulto, de toda *medida comum* entre o adulto e a criança” que impossibilitava um avanço na clínica psiquiátrica infantil. A distinção entre normalidade e anormalidade somente podia ser respondida com os casos extremos — o que parece esclarecer o fato de, por muito tempo, somente a idiotia e o retardamento mental serem isolados, na criança, como quadros psicopatológicos.

¹³ Podendo ser considerado aquele que desenvolveu uma verdadeira epistemologia na clínica psiquiátrica, Karl Jaspers (1833-1969) propunha que todo o procedimento do clínico é guiado pelo que ele denomina **relações de compreensão**. Trata-se do esforço em representar o vivido do paciente em seus *estados sincrônicos* (compreensão estática ou fenomenológica) e em seu *engendramento diacrônico* (compreensão genética ou do desenvolvimento da enfermidade).

Partindo destas premissas básicas, proporá a distinção entre: *patologia constitucional compreensível* e *patologia não compreensível* (os casos de etiologia orgânica, e as psicoses ditas endógenas).

O fundamental neste procedimento proposto é a afirmação de que um fator subjetivo orienta a atitude do clínico. Este fator está presente na própria delimitação do campo a observar, uma vez que a distinção do normal e do patológico é originária e anterior à investigação clínica.

Este fator subjetivo estrutura o procedimento de diferenciação e de classificação: o observador utiliza sua “intuição psicológica”, seu conhecimento espontâneo dos fenômenos mentais. Somente assim orientado torna possível o clínico *compreender* e classificar o que o doente diz, experimenta e diz experimentar. Ao mesmo tempo, pode fazer de uma não compreensão um índice epistemologicamente pertinente, a ser considerado (Cf. BERCHERIE 2001, p. 142).

MILLER (1997 p. 125-127) reconhece que, se a psicanálise favoreceu o surgimento da psiquiatria infantil, foi porque nesta não havia consistência antes do interesse da psicanálise pela criança. Contudo, observa, uma particularidade nesse processo, um movimento de retorno da relação entre psicanálise e psiquiatria: “A relação da psicanálise com a clínica psiquiátrica não é de exterioridade, pois a descoberta de Freud está inscrita em categorias utilizáveis”. A única clínica existente no surgimento da psicanálise era a clínica psiquiátrica de adultos, da qual a psicanálise herda seus fundamentos, para depois modificá-la. Enquanto disciplina essencialmente francesa e alemã, a clínica psiquiátrica clássica deixou um legado extremamente organizado. Como constituída em sua origem no século XIX, esta clínica de observação, em seu caráter essencial, termina, segundo o autor, em torno de 1920/1930.

As relações entre psicanálise e pediatria desempenharam um papel fundamental na progressão da psiquiatria infantil. A absorção de noções psicanalíticas pelos pediatras levou à afirmação de novas entidades clínicas, como as doenças psicossomáticas e a perturbação do desenvolvimento das funções elementares: motricidade, sono, controles esfinterianos, fala — tendência que se preserva nos manuais de psiquiatria até a atualidade. A produção teórica e a ampliação da clínica são notáveis nas décadas subseqüentes, refletindo, ainda, esta composição inédita que possibilitou o nascimento da psiquiatria infantil.¹⁴

¹⁴ Em 1939, Françoise Dolto publica *Psicanálise e Pediatria*. Na década de 1940, Serge Lebovici comunica seu estudo sobre um caso de esquizofrenia infantil e em meados dos anos 1950 introduz o psicodrama para tratamento de crianças no hospital infantil em que atuava em Paris. Em 1948, Pierre Male e J. Favreau comandam na França o primeiro serviço para crianças (“Centre de guidance”). Os trabalhos de D. W. Winnicott serão um marco na literatura dos anos 1940 e 1950 a propósito da interface pediatria e psicanálise. Em 1950, a Organização Mundial da Saúde publica a obra de John Bowlby, *Cuidados maternos e saúde mental*. Em 1958, Serge Lebovici, René Diatkine e Julien de Ajuriaguerra criam uma publicação semestral, a *Revue de psychiatrie de l'enfant*. Na década de 1960, os trabalhos de Françoise Dolto ganham notoriedade pela difusão da psicanálise e psiquiatria da criança através de seminários ao público especializado e programas de rádio dirigido às mães. Maud Mannoni publica duas importantes obras: *A primeira entrevista em psicanálise* (1965) e *A criança, sua doença e os outros* (1967). J. Ajuriaguerra, professor na Faculdade de Geneve, em 1970 seu *Manual de Psiquiatria Infantil*. Em 1972, Francês Tustin, *Autismo e psicose infantil*.

4.2 Os principais referenciais teóricos

A principal obra em Psiquiatria Infantil foi elaborada por Leo Kanner em 1935. Nascido em Berlim, transferiu-se para os Estados Unidos em 1927 para trabalhar no John Hopkins Hospital em Baltimore, onde atuava Adolf Meyer, precursor da psiquiatria dinâmica americana. Em sua obra, evidencia-se a ênfase em problemáticas até então exteriores ao campo psiquiátrico, como o tribunal de menores, a liberdade assistida, os orfanatos. Esta particularidade, segundo alguns, decorre provavelmente do fato de que nos Estados Unidos os primeiros estudos centraram-se nos transtornos de conduta, como a delinqüência juvenil, diferentemente da Europa onde a psiquiatria infantil nasceu em torno do tema da deficiência mental (CIRINO 2001, p. 70).

KANNER (1972) organiza os quadros psicopatológicos referentes à infância em três grandes grupos: problemas de personalidade provocados por enfermidades físicas, problemas psicossomáticos e problemas de conduta¹⁵.

Tornar-se notável, no entanto, pelos estudos sobre o autismo, isolando e formalizando, no quadro psicopatológico da infância, uma nova entidade clínica: o *autismo infantil precoce*, como um subtipo dentro do quadro da esquizofrenia.

¹⁵ No primeiro grupo, *problemas de personalidade provocados por enfermidades físicas*, incluem-se os transtornos da estrutura e do metabolismo cerebrais, a epilepsia, as afecções cerebrais passageiras, a endocrinopatias.

Os *problemas psicossomáticos*, contemplados no segundo grupo, dizem dos fenômenos associados a sintomas do sistema nervoso central, do sistema circulatório, do sistema respiratório, do aparelho digestivo, do aparelho urinário e dos sentidos especiais (de percepção).

O terceiro grupo, *problemas de condutas*, incluem problemas cotidianos, na alimentação, do sono, da fala e da linguagem, manipulações habituais do corpo, problemas escolares, problemas da conduta sexual, as raivas passageiras, os ciúmes, o medo, ataques de ansiedade, ansiedade de separação, a hipocondria, obsessões e compulsões, o histerismo, a delinqüência, o hospitalismo, a esquizofrenia, o suicídio.

A história desse conceito remete-nos ao final do século XIX. KRAEPELIN estabeleceu sua nosologia em três grandes grupos (excluídas as psicoses orgânicas e as formas degenerativas): a psicose maníaco-depressiva, a paranóia e a demência precoce. O conceito de demência precoce foi formulado em torno da distinção entre síndrome basal e sintomas acessórios. A síndrome basal admitia as seguintes manifestações clínicas: enfraquecimento afetivo, indiferença, apatia, ausência de iniciativa, desorganização do pensamento e da psicomotricidade. Os sintomas acessórios ou secundários referiam-se à depressão, excitação, idéias delirantes, alucinação. A demência precoce fora isolada, assim, como uma unidade patológica que comportava uma etiologia uniforme, com um desenvolvimento previsível e inevitável.

Em 1911, BLEULER desenvolve o conceito de esquizofrenia a propósito do mesmo grupo de fenômenos, distanciando-se de KRAEPELIN quanto ao prognóstico. Defendia a tese de que o transtorno poderia deter-se em qualquer etapa e os sintomas desaparecerem (KANNER 1972, p. 726). Tal quadro clínico foi proposto para as crianças levando-se em conta, de início, os mesmos sintomas apresentados pelos adultos. Os estudos posteriores da esquizofrenia, porém, conduziram ao emprego de reações específicas e limitadas às crianças.

Em 1943, Kanner comunica um estudo realizado com onze casos de crianças, nos quais uma tendência ao retraimento no transcorrer do primeiro ano de vida já era manifestada. Essas crianças geralmente recebiam diagnóstico de debilidade mental severa ou deficiência auditiva. Kanner constata, no entanto, que um “transtorno básico” encobria a capacidade cognitiva, e a deficiência auditiva não era procedente. A principal característica era a impossibilidade de estabelecer, desde o início da vida, conexões com pessoas e situações. Além da tendência ao isolamento e a preferência pela relação com os objetos em detrimento das pessoas, a evolução dos sintomas incluía aspectos da fala e da linguagem: apesar de

haver aquisição da fala, a linguagem não servia como meio de comunicação, as frases eram combinações de palavras repetidas. A não formação espontânea de frases e a reprodução ecológica originavam um curioso fenômeno gramatical — referir-se a si próprio na segunda ou terceira pessoas (KANNER 1972, p. 737).

Verifica nestas crianças uma evidente preservação da inteligência e outros aspectos cognitivos. Não recorre, ainda, a explicações de base fisiológica ou danos cerebrais para estabelecer uma etiologia. Valoriza, em suas observações, determinados traços presentes nos pais e a maneira de se relacionarem com a criança:

Há outro denominador comum muito interessante nos antecedentes destas crianças. Sem dúvida, havia muita obsessão nos antecedentes familiares. Esta obsessão está traduzida eloqüentemente nos diários detalhados, nos informes minuciosos, na recordação freqüente, depois de vários anos, de que as crianças haviam aprendido a recitar vinte e cinco respostas do catecismo presbiteriano. Em todo o grupo, havia poucos pais realmente afetuosos. Os ascendentes e parentes colaterais da maioria delas eram pessoas intensamente preocupadas por abstrações científicas, literárias ou artísticas, e pouco dadas aos genuínos interesses humanos (KANNER 1972, p. 740).

A propósito da etiologia dos quadros de esquizofrenia infantil mantém-se prudente. Problematiza algumas tendências, como a de Bender em defender que o processo patológico fundamental baseia-se em uma encefalopatia. Enfatiza a necessidade de os clínicos estarem atentos à realidade da criança e ao ambiente em que vive, constituído “pelas pessoas que a rodeiam e pela atitude com a qual a observam”. Afirma, a propósito das várias especulações sobre a causa, que “a conduta da criança e seus componentes específicos têm *sentido* quando se busca o *sentido na experiência* da criança” (KANNER 1972, p. 742-743, grifos nossos).

Para BERCHERIE (2001, p. 137-138) é a obra de Kanner que faz efetivamente da clínica psiquiátrica com a criança um “todo relativamente homogêneo”. No entanto, ao integrar noções psicanalíticas, procede de

maneira peculiar, através das *concepções funcionalistas* dominantes nos Estados Unidos. Sendo mais um pensamento do que uma doutrina, o funcionalismo favorece a assimilação de idéias advindas de teorias distintas e até divergentes.

O funcionalismo americano proporcionou uma “incorporação confortável das teses psicanalíticas”. Partindo da premissa de que “o organismo é um todo espírito-corpo e este todo está engajado na permanente e vital adaptação ao meio ambiente”, a esta orientação interessa determinar a *função* de cada *atividade* psicológica. Adolf Meyer, questionando as concepções organicistas de Kraepelin, propõe que a doença mental seja entendida como uma *conduta* que tem uma *função* e um *sentido*, relativos à história do paciente, às suas capacidades psicológicas, ao estado somático e ao estado cerebral — ou seja, todos os fatores etiológicos estão incluídos (BERCHERIE 2001, p. 137-138).

Alguns conceitos que orientam a psiquiatria infantil são retirados deste novo modo de pensar a doença mental advindo do funcionalismo: a noção de patologia das grandes *funções*, com sua expressão nos transtornos da *conduta*, e os conceitos explicativos — o papel dos conflitos, os fatores constitucionais e o impacto dos transtornos decorrentes das doenças físicas. Esses princípios de uma psiquiatria dinâmica e funcionalista encontram-se na base da obra de Kanner, como se pode notar.

O tema do normal e patológico será problematizado na clínica com a criança à luz das teorias do desenvolvimento, que se tornam efetivamente seu principal referencial. AJURIAGUERRA (1976, p. 136-141), em seu manual de psiquiatria infantil publicado em 1970, procede a uma discussão apropriada para ilustrar esta articulação. Sua principal tese consiste na afirmação de que a normalidade em abstrato não existe, que em certa medida a normalidade é uma criação dentro das possibilidades dadas e das aquisições conquistadas. Critica a tendência de definir a *normalidade* pela

adaptação — baseada nos critérios da biologia, a adaptação prediz de um certo grau de equilíbrio e uma capacidade de reação para restituí-lo; na vertente de um sentido psicosociológico, torna-se inconcebível definir a adaptação como uma simples aceitação do que o mundo externo e a sociedade oferecem (p. 136).

Enfocando a saúde e a enfermidade, introduz a seguinte referência: “a normalidade e a enfermidade estão em íntima relação com a conduta e a motivação”. Entre a conduta normal e a conduta enferma, a diferença que se coloca não é de caráter, mas de forma; uma conduta ordenada possibilita que haja uma acomodação entre as condições específicas do organismo e as objetivas do mundo circundante; enquanto a presença de uma motivação permite que o indivíduo normal atue “dando sentido a seus automatismos e impulsos”, já que as reações enfermas responderiam a uma falta de motivação determinante. Para Ajuriaguerra, a enfermidade não se define por ter sistemas automáticos isolados; “a enfermidade vem a ser a maneira de o homem realizar funções desorganizadas”.

Esta discussão com relação à infância adquire uma maior complexidade, pois “a criança, sendo um ser em *desenvolvimento*, é mutável na organização de suas *estruturas morfofuncionais*, e instável na manifestação de sua conduta”. Apesar do referencial teórico adotado, conclui o autor, há um consenso quanto à dificuldade de estabelecer o normal e o patológico condicionado à existência ou ao papel desempenhado por disfunções.

Representantes de várias correntes teóricas, ancorados, portanto, em princípios distintos, participam da discussão sobre critérios de normalidade na infância, tendo-se como referência as etapas do desenvolvimento e seu transcurso, o papel desempenhado pelas crises e conflitos e o estatuto e significado a ser dado ao sintoma. Adeptos da teoria da aprendizagem apreciam o sintoma como tendo um valor em si; sua supressão faria

desaparecer a neurose também. Proposição que é facilmente contestada a partir do caráter que se deve atribuir ao sintoma, ou seja, de ser um sinal e não a doença ou patologia em si. Ao mesmo tempo, nem todo sintoma deve ser apreendido como manifestação de doença, desordem ou disfunção:

O sintoma será um signo, com algum significado durante seu desenvolvimento, talvez também com alguma finalidade orgânica, mas nem por isto é patológico. Mediante determinada patologia tem-se que estudar o sintoma como um tipo específico de estrutura em relação à organização total” (AJURIAGUERRA 1976, p. 138-139).

A existência na infância de fenômenos neuróticos que desaparecem ou se modificam durante o processo de crescimento são esclarecidos com noções psicanalíticas de Anna Freud, Melanie Klein e H. Hartmann: cada nova fase do desenvolvimento gera novas situações de conflito assim como novas soluções. Ao mesmo tempo estas novas soluções favorecem a possibilidade de lidar com os conflitos anteriores. Cada etapa é diferenciada pelas funções instintivas que predominam, como também pelos tipos de função que o ego adquire. Nessa perspectiva da progressão do desenvolvimento da criança, “muitos dos chamados problemas de neurose reduzem-se a uma simples perturbação funcional, e o passo do conflito ao sintoma parece mais curto que na neurose do adulto”. Assim, a neurose infantil somente pode ser compreendida a partir de uma análise extremamente detalhada e um absoluto conhecimento do desenvolvimento normal (AJURIAGUERRA 1976, p. 139).

A ocorrência de uma neurose na época da infância é inevitável, de acordo com Melanie Klein, havendo diferenças somente em relação à intensidade e ao modo como a criança lida com os componentes presentes em seu desenvolvimento psíquico: ambivalência afetiva na relação com os outros, necessária submissão aos imperativos dos instintos, presença de fantasias e pressões do superego e o papel desempenhado pela angústia.

AJURIAGUERRA valorizará, na análise de todo fenômeno sintomático, o que ele pode ser revelado sobre o modo de *reação* da criança frente às dificuldades que encontra, definindo-se assim o grau de

normalidade. Na evolução infantil, torna-se fundamental, portanto, calibrar o valor econômico de um sintoma e o grau de instabilidade das estruturas, não deixando de vislumbrar o modo de organização da personalidade. A enfermidade reflete uma *não adaptação* às exigências íntimas e às do mundo exterior, porém um sintoma, ou uma conduta, somente se define como patológico considerando-se o grau de evolução, a situação atual e o sistema de motivações.

Os fundamentos e condições para o diagnóstico e terapêutica em psiquiatria infantil modificaram-se, no transcorrer das últimas décadas, à luz de novas orientações teóricas, comandadas especialmente pela psiquiatria norte-americana.

Os mais recentes trabalhos ilustram a importância de um referencial universal de classificação e a diversidade de instrumentos à disposição do procedimento diagnóstico, o que não deixa de suscitar problemas e dificuldades na clínica com a criança. Segundo CAIXETA (1994, p. 127-129), o diagnóstico psiquiátrico não pode ser inferido diretamente da semiologia, como na medicina em geral, mas requer a articulação dos seguintes aspectos: sinais e sintomas físicos, cognição e afetividade, aspectos sócio-familiares. Além destes aspectos que vão compor o exame, o diagnóstico psiquiátrico liga-se a uma determinada classificação adotada; os resultados dos exames empreendidos (físicos, cognitivos, familiares etc.) devem ser entendidos à luz de uma “rede lógica”, cujas balizas são fornecidas pelas classificações. Dessa maneira, “os exames corroboram ou negam as hipóteses diagnósticas, e as classificações podem direcionar o exame, dando corpo ao resultado deste na formulação do diagnóstico”.

Esse modo atual de ordenar a clínica resulta de mudanças no campo da psiquiatria condicionadas por vários fatores, tanto políticos quanto clínicos, que afetaram especialmente a concepção diagnóstica. Desde meados da década de cinquenta a psiquiatria distancia-se do referencial

alemão e francês, buscando na psiquiatria praticada nos Estados Unidos e Inglaterra seus principais axiomas. Durante a década de sessenta, há um deslocamento do domínio psicodinâmico para o psicobiológico. Na década de setenta, surgem os primeiros instrumentos diagnósticos padronizados, provocando importantes mudanças nos sistemas classificatórios (JORGE 1995, p. 23). O interesse pelos fenômenos clínicos vai sendo guiado cada vez mais pelos efeitos que se pode obter dos medicamentos, levando gradativamente a uma clínica de *traços* diferenciais, na qual é evidente o abandono dos referenciais nosológicos clássicos. O sintoma, enquanto um sinal ou signo, somente será reconhecido se satisfizer os critérios estabelecidos nas síndromes.

Importante analisar alguns conceitos básicos e suas alterações, recorrendo às indicações e referências presentes no estudo de JORGE (1995, p. 22-24). Uma distinção, presente na língua inglesa, entre enfermidade (*illness*) e doença (*disease*) ilustra a problemática do subjetivo e objetivo no campo psiquiátrico. O primeiro termo diz respeito a um sofrimento subjetivo relatado; o segundo, a algo objetivamente observado pelo clínico e de etiologia conhecida. A ênfase, sobretudo a partir dos anos setenta, vem sendo dada aos fenômenos psicopatológicos mais objetivos, postura que se distancia das idéias de Karl Jaspers, para quem, como visto anteriormente, os fatos subjetivos eram dados precisos, deveriam ser igualmente considerados e incluídos no procedimento do clínico.

Para VAN PRAAG (1992, citado por JORGE 1995, p. 23), um fenômeno psicopatológico objetivo corresponde à noção de sinal em medicina; o subjetivo é comparável ao “sintoma”, aquilo do qual o paciente se queixa, sendo o seu dito a única evidência de sua existência. Criticando o princípio da objetividade vigente, considera que o subjetivo foi alçado à condição de não-operacionalizável, não-mensurável e, portanto, não-científico. Nessa perspectiva, uma ampla variedade de fenômenos é

ignorada pelos instrumentos de mensuração, cuja aplicação pode ser contestada para o diagnóstico e classificação dos transtornos mentais.

Essa tendência à objetivação da clínica psiquiátrica reorganiza toda uma fenomenologia com o uso de novos termos: sinal, síndrome, transtorno, categorias.

Sinais e sintomas são agrupados de forma a constituir uma síndrome — isolados, nada esclarecem sobre a existência de uma enfermidade ou sobre aquele que se queixa. As descrições sob a forma de síndromes surgem em substituição às entidades nosológicas psiquiátricas, alternativa encontrada para dar conta da dificuldade, neste novo modo de pensar a clínica, de se verificar qual fato (causa) está relacionado a uma manifestação (efeito), segundo propõe AKISKAL (citado por JORGE 1995, p. 23).

Esta opção, por não privilegiar a relação de *causa* e *efeito* entre fatos e manifestações, encontra justificativa em dois fatores: primeiro, a evolução do transtorno pode se dar a longo prazo; segundo, novos fatores podem intervir no processo, impedindo-se, assim, uma delimitação precisa das causas de determinadas manifestações. Isto justifica o uso, nos atuais sistemas de classificação, do termo “transtorno” (*disorder*) e não “doença” mental (JORGE 1995, p. 23).

4.3 A psiquiatria norte-americana e os sistemas de classificação

A idéia de estabelecer a classificação das enfermidades, como método de conhecimento, origina-se no campo da medicina: o objetivo era “isolá-las como espécies ‘naturais’ e incluí-las num espaço classificatório homogêneo”. No campo da psicopatologia, este propósito resultou em inúmeras classificações, revelando-se com o decorrer do tempo as de

Kraepelin e a de Freud como as mais influentes. Desde o final do século XVIII, para superar o obstáculo que a disparidade de critérios usados na medicina colocava, surge a idéia de criar um sistema único de classificação, a Classificação Internacional das Doenças (SOUZA LEITE 1988, p. 29).

LIPPI (1994, p. 16-19) estabelece uma distinção entre diagnóstico e classificação, advertindo, ainda, que estas categorias não se confundem com o sintoma. O diagnóstico deve ser entendido como um processo a ser realizado de maneira “dinâmica e individual”. A classificação, ao contrário, apresenta-se como “relativamente estável e impessoal” e diz respeito a uma doença específica. Para o entendimento dos quadros psicopatológicos em psiquiatria infantil, vários sistemas de classificação foram formulados desde o início do século XX — o *Group for Advancement of Psychiatry* destaca 21 propostas realizadas no período de 1920 a 1964.

A importância das classificações encontra-se articulada ao uso das informações para finalidades de comunicação, previsão e explicação. Na atualidade, ganham importância no campo da pesquisa e da clínica. Os sistemas diagnósticos vigentes na atualidade tendem a adotar um enfoque nas *categorias*, sendo que o enfoque *dimensional* adquire também validade, porém, menos útil para finalidades clínicas. Os sistemas de classificação, para que possam cumprir a contento seus objetivos, devem ser realizados de modo confiável e estruturados de tal maneira que o uso pelo clínico esteja favorecido pelo uso de termos e descrições facilmente compreensíveis, portanto, tendo uma base fenomenológica (VOLKMAR 1995, p. 429).

O primeiro aspecto a problematizar: que critérios determinam a escolha de um fenômeno para sua análise e inclusão no quadro dos transtornos psicopatológicos. De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana, a classificação de *transtornos* implica que “alguns padrões de sintomas/comportamentos/sinais clinicamente importantes são observados

em indivíduos e, fonte de sofrimento ou comprometimento” (WOLKMAR 1995, p. 429). Ou ainda, “padrões mal adaptativos e persistentes de personalidade”, mesmo que não indiquem uma disfunção de base biológica, podem ser classificados como transtornos (MOREY 1988, citado por WOLKMAR 1995, p. 429).

O segundo problema refere-se ao que deve ser considerado no estabelecimento de um sistema de classificação. Os aspectos evolutivos são facilmente incorporados, devido ao grau de importância que adquirem na correlação entre determinadas manifestações sintomáticas e o período da vida. Os aspectos etiológicos são pouco valorizados, pelo fato de a “etiologia não estar diretamente associada à condição clínica”. Os fatores contextuais (família, escola, cultura) surgem, em certas situações e grupos populacionais, como complicadores a serem superados na aplicação dos sistemas diagnósticos (WOLKMAR 1995, p. 430).

O aspecto mais polêmico diz respeito à adoção de um referencial teórico nos sistemas de classificação. WOLKMAR (1995, p. 429) analisa algumas tentativas realizadas e a tendência que vigora a partir de um certo consenso de que “os esquemas de classificação guiados pela teoria apresentam importantes limitações”, pois as suposições e hipóteses podem não ter uma aceitação geral, a linguagem torna-se específica ao quadro teórico de referência. Nesse sentido, a orientação fenomenológica ganha força por atender o princípio de que “os conceitos diagnósticos geralmente emergem da experiência clínica, em vez da teoria” (WEBER e SCHARFETTER 1984, citado por WOLKMAR 1995, p. 430).

Dentre os sistemas “oficiais” atualmente utilizados, o DSM-IV¹⁶, desenvolvido pela Associação de Psiquiatria Americana, domina o campo da

¹⁶*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, elaborado pela American Psychiatric Association [APA], em sua quarta versão. A expressão DSM-IV, correntemente utilizada para referir-se a este instrumento de classificação e diagnóstico, será adotada, a seguir, neste trabalho, como também para as versões anteriores (DSM-I, DSM-II e DSM-III).

psiquiatria e efetivamente orienta os trabalhos em pesquisa e o estabelecimento de diagnósticos. Esta versão mais recente procede de uma trajetória que se iniciou em 1952. Objetivando definir uma “linguagem comum”, ampliar as possibilidades de realização de pesquisas e estatísticas, e oferecer uma orientação para a prática clínica, tanto a concepção como o uso deste instrumento gera polêmicas importantes pelo poder que adquire no interior do campo da saúde mental.

Um sistema de classificação para os transtornos mentais sempre consistiu uma preocupação dentro da história da medicina, não havendo consenso em relação aos critérios de inclusão dos transtornos e ao método mais adequado para sua organização. As nomenclaturas utilizadas durante séculos diferiam quanto à ênfase dada à fenomenologia, à etiologia e ao curso dos transtornos. Nos Estados Unidos, o impulso inicial foi dado pela necessidade de coletar informações estatísticas: a primeira tentativa foi o registro da frequência de uma categoria, a de ‘idiotia/insanidade’, no censo de 1840; um segundo marco, a necessidade de se desenvolver uma nomenclatura mais completa, a fim de contemplar os quadros apresentados por combatentes e veteranos da Segunda Guerra Mundial (APA 2002, p. 22-23). A primeira inclusão de uma seção específica de doenças psiquiátricas deu-se na sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), publicada pela recentemente criada Organização Mundial da Saúde. O DSM-I apresenta-se como uma variante desta Seção da CID-6, trabalho executado e publicado em 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana.

LAURENT (2005, p. 4) destaca o fato de que esta primeira versão, elaborada antes da chegada dos psicotrópicos, mantém, sob a influência de Adolf Meyer, um compromisso entre a psicanálise e uma concepção psicobiológica, onde a noção de *reação* é central e prevalece sobre os determinantes genéticos. O DSM-II, oficializado em 1968, manteria esta mesma lógica, sendo alvo de críticas por não “proporcionar diagnósticos confiáveis e válidos independente das teorias psicopatológicas”. Visava-se,

ainda, a um consenso sobre a noção de síndrome, “entidades naturais sobre as quais um dia poderia se conhecer o funcionamento biológico”.

Em 1980, com a terceira versão do DSM, com uma concepção psicobiológica, ocorre uma ruptura total com a psicanálise. O DSM-III traduz o resultado do esforço em realizar uma classificação a-teórica, a-doutrinária e a-histórica, na qual o princípio fundamental foi o de não fazer referência às teorias sobre etiologia ou patogenia das doenças mentais (SOUZA LEITE 1988, p. 29). Adotando-se esta perspectiva, de uma apreensão dos fenômenos o mais imparcial possível, disjunta de teorias que incluíam a inacabada e importante discussão sobre o normal e o patológico, ou pouco considerando a etiologia (que pode incluir uma clínica da causa, da causalidade psíquica), tem-se uma maneira de definir o diagnóstico em função dos efeitos que o próprio tratamento produz. Importante mudança de abordagem diagnóstica, cuja principal crítica denuncia que um manual de classificação epidemiológica é diferente de um manual útil para o clínico (LAURENT 2005, p. 4).

A complexidade envolvida na definição de *transtorno mental*, conceito que passa a ser usado a partir do DSM-III, foi destituída de importância em função da pertinência e utilidade de poder orientar-se nos limites entre normalidade e patologia a partir de outras bases. É o que se vê expresso nas justificativas do uso do termo transtorno mental:

Como muitos outros conceitos da medicina e da ciência, este conceito não apresenta uma definição operacional consistente que cubra todas as situações. Neste (manual) os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento ou incapacidade ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade (APA, 2002, p. 27-28).

A década de oitenta foi marcada por uma expansão na área de pesquisa em psiquiatria infantil, o que provocou importantes mudanças na classificação dos transtornos. O trabalho tem sido executado pelas Seções

de Psiquiatria Infantil dos principais sistemas de classificação: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria; e a Classificação Internacional das Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde.

SCHWAB-STONE e col. (1995, p. 435-437) analisam as transformações ocorridas no DSM desde sua primeira versão (1952) até a terceira versão revisada (1983), a propósito dos problemas referidos à infância. Os principais elementos desta análise encontram-se organizados a seguir:

<p>DSM-I 1952</p>	<p>Incorporava a teoria psicanalítica e o conceito de <i>tipos de reação</i> (Adolf Meyer). Conservava muitos dos conceitos de Kraepelin.</p>	<p>Pouco oferecia para a classificação dos transtornos da infância.</p>
<p>DSM-II 1968</p>	<p>Pretendia ser mais descritivo que o DSM-I e ter menos implicações teóricas; abandono do termo <i>reação</i> em relação aos transtornos psiquiátricos não-orgânicos. Encorajava diagnósticos múltiplos. Apresentava definição para cada transtorno.</p>	<p>Inclusão da seção “Transtornos Comportamentais da Infância e Adolescência”. Relacionava <i>seis transtornos e uma reação não especificada</i> da infância.</p>
<p>DSM-III 1980</p>	<p>Elaborado a partir de uma força tarefa constituída desde 1974, com o objetivo de estabelecer um novo manual que refletisse os acontecimentos e ser útil ao máximo (para pesquisas e clínica) e ser compatível com o CID-9 (1979). Acrescentou descrições mais abrangentes de cada transtorno, uma organização hierárquica de classes diagnósticas e um sistema multiaxial.</p>	<p>Acrescentada a seção “Transtornos que aparecem habitualmente na Infância, Meninice ou Adolescência”, contendo <i>quatro vezes mais</i> categorias que o DSM-II. Criticada em relação à validade de determinadas categorias, a implementação do enfoque multiaxial e discordâncias acerca dos critérios.</p>
<p>DSM-III- Revisado 1983</p>	<p>O lançamento do DSM-IV estava previsto para início dos anos 1990. Porém a necessidade de esclarecer critérios de diagnóstico, torná-los mais consistentes entre as categorias e revisar sua validade frente aos resultados das pesquisas, levou a uma revisão do DSM-III.</p>	<p>Pouco tempo para efetivar pesquisas entre uma versão e outra. As realizadas enfocaram os transtornos de comportamento disruptivo e os globais de desenvolvimento; sofreram críticas por não terem usado critérios de validade, como estabilidade ao longo do tempo, agregação familiar e resposta diferencial à terapia. Múltiplos diagnósticos são codificados como tais, sem uma analogia às categorias mistas, diferença importante em relação à CID-10 que introduziu a categoria de síndromes mistas (como o transtorno de conduta depressiva ou transtorno de conduta hiperkinética)</p>

Os autores, após análise dos principais transtornos referidos à infância, — comparando os modos de classificá-los pelo DSM-III-R e também pela CID-10 —, concluem que os sistemas “compartilham limitações que derivam de deficiências em nosso conhecimento dos transtornos psiquiátricos na infância e suas manifestações sintomáticas, sua apresentação em diferentes estágios do desenvolvimento, história natural e padrões de co-morbidade”. Em ambos, falta um enfoque evolutivo geral, e descrições adequadas para captar aspectos temperamentais e de personalidade em crianças; tais descrições são reduzidas a “instantâneos”, sem um referencial evolutivo que os contextualize (SCHWAB-STONE e outros 1995, p. 445-446).

O DSM-IV surge em 1994, resultado de um empreendimento que objetivava estabelecer uma nomenclatura oficial e um manual útil e prático. Pretende ser um recurso usado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal) e por outras áreas da saúde e afins; abrangente de modo a ser aplicado a vários contextos (enfermaria, ambulatório, hospital-dia, cuidados primários, comunidades) e necessário para coleta e comunicação cuidadosa de estatísticas referentes à saúde pública (APA 2002, p. 21).

A “comprovação” constitui a base essencial para o processo do DSM-IV, tendo o grupo de trabalho responsável se apoiado em referências clínicas e de pesquisa. Caracteriza-se por ser uma classificação categórica, ou seja, os transtornos mentais estão divididos em tipos de acordo com um conjunto de critérios que foram, nesta versão (em nome da praticidade e utilidade clínica), simplificados e esclarecidos sempre que os dados empíricos permitiram (APA 2002, p. 28 e 25).

Adota-se, ainda, a avaliação multiaxial, proposta em cinco eixos, cada um relativo “a um diferente domínio de informações capaz de ajudar o clínico a planejar o tratamento e predizer o resultado” (APA 2002, p. 59):

- Eixo I: transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica;
- Eixo II: transtornos da personalidade e retardo mental;
- Eixo III: condições médicas gerais;
- EIXO IV: problemas psicossociais e ambientais;
- Eixo IV: avaliação global do desenvolvimento.

Os *Transtornos Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância e Adolescência*, abaixo relacionados, são todos referenciados no Eixo I (transtornos clínicos) à exceção do retardo mental (Eixo II).

Retardo mental

Leve, moderado, grave, profundo, gravidade inespecificada.

Transtornos de aprendizagem

Transtornos da leitura
 Transtorno da matemática
 Transtorno da expressão
 Transtorno da escrita
 Transtorno da aprendizagem.

Transtornos das habilidades motoras

Transtorno do desenvolvimento e da coordenação

Transtornos da comunicação

Transtorno da linguagem expressiva
 Transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva
 Transtorno fonológico
 Tartamudez (gagueira)
 Transtorno da comunicação sem outra especificação.

Transtornos Globais do Desenvolvimento

Transtorno Autista
 Transtorno de Rett
 Transtorno desintegrativo da infância
 Transtorno de Asperger
 Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)

Transtorno de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo

Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade
 Transtorno de conduta (com início na infância; com início na adolescência)
 Transtorno desafiador de oposição
 Transtorno de comportamento disruptivo sem outra especificação

Transtornos de Alimentação da Primeira Infância

Pica
 Transtorno de ruminação
 Transtorno da alimentação da primeira infância

Transtornos de Tique

Transtorno de Tourette
Transtorno de tique motor ou vocal crônico
Transtorno de tique transitório
Transtorno de tique sem outra especificação

Transtornos de excreção

Encoprese
Enurese

Outros Transtornos da Infância ou Adolescência

Transtorno de ansiedade de separação
Mutismo seletivo
Transtorno de apego reativo na infância
Transtorno de movimento estereotipado
Transtorno da infância ou adolescência sem outra especificação

A apresentação de uma seção específica dos transtornos pertinentes à infância e adolescência encontra-se justificada por “razões práticas”, não devendo sugerir a “existência de qualquer distinção clara” entre estes transtornos e os da idade adulta (APA 2002, p. 71).

Num processo de avaliação de crianças e adolescentes, o clínico deve considerar outros transtornos presentes no manual; adverte-se que as categorias de transtorno de personalidade¹⁷ “podem ser aplicadas a crianças e adolescentes nos casos relativamente raros em que os traços mal adaptativos do indivíduo parecem ser generalizados, persistentes e não restritos a um determinado estágio evolutivo” (APA 2002, p. 643).

Na perspectiva de teóricos da psicanálise, há uma indicação do que se encontra implícito no DSM-IV: uma subversão total do *sintoma*. Muda-se o estilo e há um evidente acoplamento à epidemiologia e às neurociências. A neurose definitivamente torna-se “um termo obsoleto”, sendo que fica reduzida a transtornos tipificados de maneira dispersa. Mais do que um simples sistema de classificação, um manual de psiquiatria, onde se vê

¹⁷ Os nomeados Transtornos de Personalidade no DSM-IV são os seguintes: personalidade paranóide, esquizóide, esquizotípica, anti-social, *borderline*, histriônica, narcisista, esquiva, dependente, obsessivo-compulsivo. Nota-se claramente a dissolução da divisão proposta pela clínica estrutural que dividia as psicoses das neuroses. O que antes era fundamentado a partir de um quadro teórico de referência, tradição da psiquiatria clássica e da psicanálise, encontra-se agora ordenado a partir de tipos de personalidade, avaliados a partir de traços mal adaptativos do indivíduo.

acrescentada uma parte terapêutica a cada diagnóstico. Por fim, elimina-se toda “referência ao sentido, aos significantes próprios do sujeito, ao tempo, ao inconsciente” (LAURENT 2005 p. 6).

Com o novo ordenamento da clínica e o fortalecimento de um instrumental advindo de descobertas biológicas, das neurociências e do avanço dos fármacos, a psiquiatria infantil tende cada vez mais a se estabelecer como especialidade médica, e encontra na psiquiatria americana a sua principal referência.

Nos tratados/manuais de psiquiatria infantil destes novos tempos, cada tema é entregue a *especialistas* e os itens descritivos seguem a mesma lógica do modelo americano de classificação, visão que reduz toda a problemática da infância em transtornos cada vez mais especificados.

5 O MOVIMENTO DA HIGIENE MENTAL

A medicina, enquanto ciência social, estabelece seus princípios desde meados do século XIX: a saúde do povo é um objeto inequívoco de responsabilidade social, as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e devem ser investigadas, e ações sociais e médicas para a promoção da saúde e combate à doença, executadas (ROSEN 1980, p. 78-85). Em 1867, Lorenz von Stein, em um tratado sobre administração pública, assinalava que “a saúde dos indivíduos se tornava responsabilidade social a partir do momento em que estavam sujeitos a condições nocivas sobre que não tinham controle” (ROSEN 1980, p. 107).

No início do século XX, uma nova reorganização da atenção à saúde. Neste momento, a medida mais eficaz para o controle de uma doença específica ou um grupo de enfermidades é a organização de agências, de modo a atrair a comunidade por meio de uma campanha sistemática de educação em saúde pública (ROSEN 1994, p. 299). As modificações instauradas no quadro sanitário previam a criação de mecanismos de controle, ações de prevenção e saneamento. Desde meados do século XIX, a ocorrência de conferências sanitárias internacionais e de trabalhos periódicos favoreceu a constituição da Agência Internacional de Higiene Pública, em 1907 (OMS 1962, p. 81).

Essa proposta rapidamente ampliou-se para outros campos. Em 1909, é fundado o Comitê Nacional para Higiene Mental nos Estados Unidos, com o apoio da psiquiatria e da psicologia dinâmicas a Clifford Beers, principal personagem desta iniciativa. Em sua origem, articulou-se como um movimento em torno da preocupação em denunciar e melhorar as condições das instituições destinadas ao tratamento dos doentes mentais. O programa deste Comitê previa a fiscalização dos hospitais, a reforma da legislação assistencial, estudos sobre a delinqüência e criminalidade, sobre os efeitos da industrialização na saúde mental, sobre o desenvolvimento da assistência

social e da psiquiatria infantil (OMS 1962, p. 81). Os provimentos financeiros originavam-se de entidades filantrópicas

Em 1920, o projeto encontra-se fortalecido com a multiplicação de organizações no país de origem e em tantos outros. Estas instituições, de caráter não governamental, adotaram como seus principais objetivos: proteger e melhorar a saúde mental da população, estudar as causas dos distúrbios e deficiências mentais, preparar a aplicação de medidas de tratamento e prevenção (PACHECO E SILVA 1952, p. 9).

A infância é alçada, nas ações de higiene mental, como o ponto de partida sobre o qual se deveria atuar para a prevenção da insanidade e da delinqüência. Este período da vida favoreceria intervenções no destino de um ser ainda em formação, tornando-se, portanto, objeto merecedor de especial atenção e preocupação. Esta concepção extrapola o âmbito da saúde, colaborando para práticas que terão nas instituições escolares um fértil espaço de aplicação.

A educação torna-se a via privilegiada enquanto entendida em sua particularidade de poder exercer fortes influências sobre a conduta. Deveria, por outro lado, incorporar noções e conceitos sobre a constituição do escolar, suas inclinações, seu temperamento e reações emocionais, para ter sucesso em seus métodos. Fundamenta esta orientação a tese de que a educação poderia deformar a personalidade infantil, gerando efeitos indesejáveis; ao mesmo tempo, poderia favorecer o senso de responsabilidade, a autonomia e a ausência de conflitos interiores. O propósito assim se consolida com a prerrogativa de que “os professores de todos os graus deveriam possuir conhecimentos de Higiene Mental, não só para analisar, compreender e fortalecer a própria personalidade, como também para orientar, através de uma educação progressiva, a formação espiritual e moral de seus alunos” (PACHECO E SILVA 1952, p. 14).

RAMOS (1955) indica que se o primeiro propósito da higiene mental foi ensinar o homem a sobrepor-se a si mesmo, corrigindo seus conflitos psíquicos, evitando situações de desajustamentos, prevenindo a loucura, a neurose, o crime, seus objetivos logo alargaram-se para o ajustamento da vida humana aos seus círculos, fazendo com que o movimento abraçasse a educação, os problemas do casamento e da família, a indústria (p. 12 e 15).

O discurso dos higienistas pretende, portanto, uma abrangência de ações que não se restringe ao plano da assistência em saúde: a própria organização da sociedade e seus efeitos são alvos de preocupação, como também uma intervenção direta sobre os costumes e a moral. GIORDANO JR. (1989, p. 99) destaca que a partir do momento em que toma por objetivo a “própria vida em sociedade e estabelecendo sobre ela um discurso normativo, a Higiene Mental reforça o mito de um conhecimento unitário em prol do bem viver, construído interdisciplinarmente”.

A determinação em promover investigações sobre métodos de prevenção ganha força em razão da elevada incidência de doenças psíquicas durante a Primeira Guerra Mundial. A saúde mental, no entanto, não desperta o esperado interesse nos órgãos internacionais responsáveis, à época, por empreender ações e programas na área da saúde — a Agência Internacional de Higiene Pública e a Organização de Higiene da Sociedade das Nações. Nos relatórios técnicos dos referidos órgãos, ditados entre 1920 e 1945, as poucas alusões ao tema restringiam-se a considerações sobre aspectos da deficiência mental. Fracassa, ainda, qualquer tentativa de colaboração entre estas agências oficiais e o Comitê Internacional de Higiene Mental, que desenvolvia suas atividades desde 1909 como um organismo de caráter não governamental (OMS 1962, p. 81-82).

A iniciativa privada domina, portanto, a Higiene Mental durante a primeira metade do século XX. Somente após o fim da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas e da

Organização Mundial da Saúde, a saúde mental passa a ser organizada por programas sob responsabilidade dos organismos estatais.

O progresso da Higiene Mental é favorecido no momento em que a psiquiatria destaca-se como especialidade médica e ganha *status* de uma ciência viva e dinâmica (PACHECO E SILVA 1952, p. 8). Ao mesmo tempo, a bandeira por uma revisão das leis e das condições de tratamento dos alienados, que a Higiene Mental carregava em seu movimento, denunciava os problemas do programa curativo da psiquiatria, reduzido até então basicamente ao tratamento asilar. Este contexto apresentou-se como propício a uma ampliação da função social da psiquiatria e a uma saída da restrita proposta terapêutica que aportava: “os psiquiatras, admitindo certas falências de suas modalidades de ação terapêutica, investem-se de novo mandato, o de higienistas do espírito ou higienistas sociais” (REIS 2000, p. 141).

A perspectiva de uma ação preventiva associada ao conseqüente alargamento do campo de ação da psiquiatria traduz-se, assim, em Higiene Mental. Configura-se, resultante desta associação, um cenário peculiar. A Higiene Mental caracterizava-se, até então, mais por um movimento de idéias e pensamentos referidos diretamente ao corpo social, ou seja, aos valores morais, da vida em sociedade e da conduta humana. Pretendia uma ação coletiva para atingir seus propósitos; estando menos caracterizada como uma disciplina ou campo de produção de saber, sustentava-se sob princípios organizados a partir de uma “ideologia”. A Psiquiatria, ao contrário, aportava uma história de produção de conhecimentos os quais permitiam a aplicação destes na prática clínica, mesmo que restrita ou passível de poucos efeitos terapêuticos dentro do desejável.

Poder-se-ia propor, como uma conclusão inicial, que a aproximação com o movimento da Higiene Mental interessava à psiquiatria como uma maneira de promover modificações em suas propostas de tratamento e

expandir seus conhecimentos ao corpo social. Porém, não se pode deduzir deste fenômeno que o saber produzido pelo campo psiquiátrico submerge ou é totalmente substituído pelos fundamentos da Higiene Mental. Trata-se mais de uma aliança eficaz neste momento para dar conta de lacunas instauradas dos dois lados.

KANNER (1972, p. 34) atribuiu ao movimento da Higiene Mental a condição de ser um dos acontecimentos propulsores da psiquiatria infantil, nas primeiras décadas do século XX. Os idealizadores deste movimento, convencidos de que a saúde mental e a correção da conduta também poderiam ser objeto de medidas profiláticas, abriram o caminho “para a atenção individual das crianças que apresentavam qualquer dificuldade na atividade ou no comportamento”. Mesmo sem resultado significativo, em termos de terapêutica ou de investigação nos anos iniciais, “os educadores, os psicólogos e os psiquiatras começaram a *pensar* nas crianças de uma forma prática, construtiva e individualmente útil”.

DONZELOT observa, em uma outra perspectiva, que o nascimento da psiquiatria infantil é solidário a este contexto no qual os psiquiatras visam operar sobre o corpo social:

Inicialmente (a psiquiatria infantil) não é ligada à descoberta de um objeto próprio, de uma patologia mental especificamente infantil. Seu aparecimento decorre das novas ambições da psiquiatria geral, da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo onde se possa enraizar, sob a forma de uma pré-síntese, todas as anomalias e patologias do adulto (...). O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais (1986, p. 120-121).

Porém, que princípios passam a reger as ações decorrentes desta interface entre Higiene Mental, Psiquiatria e Psicanálise? Que modificações ou inflexões nestas duas disciplinas ocorrem tomando como campo de aplicação de seus conhecimentos as ações, extensivas à organização da vida social, pretendidas pela Higiene Mental?

KANNER (1972, p. 35-38) analisa os efeitos na psiquiatria infantil das demandas da Higiene Mental, dividindo um processo de quase quarenta anos em períodos distintos. Inicialmente, para o movimento higienista, focado na tarefa da prevenção da doença e da delinqüência, interessavam os sinais de desvio da conduta que poderiam aparecer nos primeiros anos da infância. A psiquiatria não dispunha de um saber teórico para tanto; esta constatação levou a um “esforço sério, científico, para estudar, compreender e atender os transtornos apresentados ou dos quais sofriam os jovens”. Os primeiros estudos concentraram-se sobre as desordens mais notórias, e as ações concentraram-se numa melhoria do ambiente dos delinqüentes declarados, dos visivelmente retardados e dos descuidados e maltratados — criam-se instituições como a liberdade vigiada, os orfanatos e as classes de educação especial.

Moderada esta primeira atitude de concentrar sua visão nas situações mais calamitosas e de considerar os jovens como mal adaptados, a Higiene Mental passa, a partir dos anos 1920, a oferecer ações no interior da família e da escola: surgem as clínicas de orientação infantil¹⁸ e “os professores visitantes”. Os estudos de Wickman¹⁹ a propósito da postura dos professores frente aos desvios de conduta de seus alunos, promoverão uma mudança da psicologia da aprendizagem estritamente para uma psicologia do desenvolvimento social das crianças.

¹⁸ Entre 1921 e 1930, foram implantadas quase quinhentas clínicas de orientação infantil na América do Norte. Os recursos para as primeiras unidades vieram do Commonwealth Fund; comprovada sua importância, as próprias comunidades arcavam com os custos financeiros e com a administração. Cada unidade tinha uma equipe central composta por um psiquiatra, um psicólogo e uma assistente social; esta equipe estimulava os pais, as escolas e as agências de saúde a encaminharem crianças “de conduta desordenada ou de comportamento estranho” (KANNER 1972, p.38).

¹⁹ Wickman solicita aos professores das principais escolas primárias uma lista dos problemas de conduta apresentados pelos alunos. Observa que esta avaliação era realizada a partir das próprias normas de moralidade e de obediência cada professor. Solicita aos higienistas mentais uma apreciação de cinquenta problemas detectados pelos professores: não há consenso e havia uma ligeira tendência a uma correlação negativa. Em 1928, Wickman publica sua obra, indicando aos professores que ficassem atentos aos fatores emocionais e de vida que poderiam estar na base dos problemas de conduta (KANNER 1972, p. 38).

REIS (2000) analisa a participação da psicanálise nas atividades desenvolvidas pela Liga Paulista de Higiene Mental. Seus membros, aparentemente contradizendo a perspectiva teórica organicista, acolheram suas contribuições principalmente por poderem ser utilizadas na educação e num projeto de melhoria das crianças. Esta perspectiva, mais do que uma aplicação terapêutica, motivou o interesse dos psiquiatras pelas teorias de Freud: “a educação moderna já não pode fugir às bases da psicanálise. A influência desta na retificação dos impulsos, operando a derivação ou sublimação destes para formas consentâneas com o meio, é fato fácil de verificar nas modernas correntes pedagógicas” (PORTO CARRERO 1935, citado por REIS 2000, p. 145). Portanto, uma versão dos conceitos psicanalíticos adequados aos programas preventivos e normativos da instituição.

A obra de RAMOS (1955, p. 33-38), “Saúde do espírito”, ilustra a peculiar assimilação de conceitos psicanalíticos pelos higienistas. Para o autor, as novas descobertas vieram provar que na infância encontram-se os núcleos do *caráter* da vida adulta. A principal tarefa de competência dos psicólogos, psicopedagogos ou neurohigienistas passa a ser o estudo dos instintos e sua transformação em *hábitos*. O instinto, como comportamento automático e hereditário, contrapõe-se ao hábito, comportamento adquirido na experiência. Isola seis atividades instintivas gerais na infância que interessam para as práticas de higiene mental: fome, sede, eliminação, sono/repouso, jogo e sexo. Indica as maneiras que a educação e a experiência pode auxiliar na transformação dos instintos em bons hábitos.

Em relação ao sexo, um capítulo à parte. Destaca a importância desta matéria para a higiene mental, pois é “nesse domínio, principalmente, que se tem exercido o papel repressor da censura e da civilização” (RAMOS 1955, p. 39). Inicialmente elogia a psicanálise por ter rompido com o silêncio que por muito tempo dominou os problemas do sexo. Procede a um exame dos

efeitos de uma repressão excessiva e por fim indica qual deve ser a postura mediante manifestações da sexualidade infantil:

Sobre as manifestações do auto-erotismo da primeira infância, a higiene mental ensina que são manifestações instintivas e, como tais, naturais e espontâneas. Não devem, porém, ser incrementadas, por exemplo, com intervenções dos pais, em carinhos e afagos excessivos, em beijos continuados, no abuso das mamadas e chupetas etc. Tudo isto pode provocar a “fixação” dessa sexualidade difusa, com conseqüências desastrosas para o futuro (RAMOS 1955, p. 40).

Analisa igualmente os efeitos de uma repressão excessiva sobre as atividades de onanismo, indicando que dela derivam muitos sentimentos de inferioridade e impotência na vida adulta. Este tema constitui, para o autor, um dos mais difíceis da educação da higiene mental, ao implicar em uma importante educação do adulto:

Reprimir brutalmente o onanismo infantil será atrofiar a sexualidade adulta futura. O que os pais e educadores devem fazer é canalizar, derivar a energia instintiva que se revela no onanismo. Disfarçadamente, sem chamarem a atenção para o fato, não proporcionar à criança ocasiões para que exerça essas atividades, ou corrigir causas orgânicas ou psíquicas, quando houver (RAMOS 1955, p. 43).

As atividades de masturbação na adolescência serão consideradas conseqüências do fracasso de uma correta educação da sexualidade. O onanismo repetitivo no adulto é conseqüência de distúrbios nervosos, exprimindo uma “sexualidade desviada dos fins normais, buscando uma satisfação auto-erótica, à maneira infantil” (RAMOS 1955, p. 43). Portanto, conclui o autor, uma correta vida sexual no adulto advém de uma educação sexual bem dirigida dentro dos ensinamentos da higiene mental.

GIORDANNO JR. (1989), em estudo sobre a estruturação da saúde mental no Estado de São Paulo, e mais precisamente, no início do século XX, do Complexo Hospitalar do Juqueri, indica que as ações dos higienistas paulistas, influenciados pelo modelo norte-americano, sofrem no final dos anos vinte uma primeira inflexão discursiva: as generalizações construídas a partir da observação do indivíduo são substituídas por questionamentos

dirigidos à estrutura social como um todo. As instituições privilegiadas a intervir são o trabalho, escolas, casamento e vida familiar, infância e desenvolvimento, “deixando de lado uma compreensão psicodinâmica em favor de uma normalidade de classe” (p. 166).

As ações, que inicialmente estavam mais calcadas nos objetos de prevenção, têm agora o desvio como objeto de problematização — desvio entendido como estado de “não conformidade com o modo hegemônico de viver”. Em 1947, portanto após a Segunda Guerra, ocorre uma modernização do discurso da Higiene Mental: “tolerância” aos distintos modos de viver socialmente — o que fornecerá, segundo o autor, as bases para uma concepção comunitária; adequação e adaptação das intervenções à realidade social; uma compreensão dos desvios com base em idiosincrasias pessoais; e, por fim, a educação aliada a ações psicoterapêuticas (GIORDANNO JR. 1989, p. 167).

6 A SAÚDE MENTAL NA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Instigada novamente a dar respostas aos novos sintomas que se apresentavam, agora em virtude dos efeitos provocados pela ocorrência da Segunda Guerra, a psiquiatria amplia seu campo de atuação e inserção social, devendo avaliar e ocupar-se dos transtornos psíquicos causados pelas “tensões do meio ambiente”. Em decorrência, surge um “novo tipo de psiquiatra, interessado pela ação preventiva fora da atmosfera institucional e com muitas oportunidades a seu alcance para a investigação ativa e para auxiliar os homens em tarefas adequadas a sua mentalidade e temperamento” (OMS 1962, p. 82).

Em 1946, com a aprovação do Ato Nacional de Saúde Mental, ocorre o impulso necessário para programas e atividades através de auxílio a pesquisas, treinamento de pessoal, bem como o incentivo para o desenvolvimento de programas comunitários no campo da saúde mental (ROSEN 1994, p. 369-370). O termo *saúde mental*, em substituição ao de *higiene mental*, passa a ser utilizado para denominar um certo conjunto de teorizações e práticas. Somente a partir da Segunda Guerra, portanto, “quando a assistência à saúde mental ganha importância para os governos, não só pela sua magnitude ampliada, mas pelo sentido que ganham as políticas sociais e as políticas de saúde, a agora nomeada Saúde Mental ganha seu espaço público” (ANTUNES 1998, p. 44).

Em 1948, ocorre em Londres o Primeiro Congresso Internacional sobre Saúde Mental, organizado por J. R. Rees, psiquiatra que ocupara o cargo de chefe dos serviços psiquiátricos do Exército Britânico. No mesmo ano, a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo primeiro diretor geral, Dr. Brock Chisholm, psiquiatra, havia estado a frente dos serviços médicos do exército canadense. Ocupantes de importantes cargos

nos serviços dos exércitos aliados assumem, neste contexto do pós-guerra, destacadas funções nos organismos destinados a fazer frente às situações de saúde da população. A partir da nova definição de saúde, tratava-se de “desenvolver as atividades no campo da higiene mental, especialmente aquelas que afetam as relações harmônicas entre os homens” (OMS 1962, p. 83).

O Serviço de Saúde Mental que se estabeleceu em 1949 na sede da OMS, em Genebra, passou a ter a tarefa de dirigir, coordenar e estimular os trabalhos de todas as regiões, através das Oficinas organizadas na África, Américas, Ásia Sul Oriental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, encarregadas por sua vez de aplicar a orientação dada no território sob sua jurisdição. A OMS firma-se, assim, como a primeira organização intergovernamental a empreender o estímulo à saúde mental, em cuja matéria “não havia herdado nenhuma tradição, tendo que estabelecer métodos convenientes para a atuação internacional em uma especialidade relativamente recente” (OMS 1962 p. 83).

Um Comitê de Especialistas em Saúde Mental, constituído para formular os princípios e as prioridades de um programa de ação, reuniu-se pela primeira vez neste mesmo ano de 1949, em Genebra. Constatando-se a imensa desigualdade, inclusive entre os países mais desenvolvidos, nos recursos terapêuticos existentes, o Comitê conclui que a OMS deveria “aceitar a aplicação preventiva dos conhecimentos psiquiátricos como o princípio mais importante de um programa mundial de higiene mental” (OMS 1953). Como conseqüência, estimular a inclusão, nos serviços de saúde pública, de atividades de promoção da saúde mental da população. Indicava-se, ainda, a concentração de esforços na psiquiatria terapêutica e preventiva da infância.

Objetivando revisar periodicamente sua política, a OMS institui reuniões periódicas deste Comitê de Especialistas em Saúde Mental, cuja

composição variava segundo uma lista de cem membros pertencentes a trinta e oito países. Estes membros eram convocados para o trabalho sobre um tema de interesse referido às necessidades atuais ou às ações futuras. O estímulo à pesquisa, a publicação de monografias, o intercâmbio com outros organismos da ONU, responsáveis pela educação e trabalho, passam a compor o quadro de ações dentro da política em saúde mental (OMS 1962, p. 84).

No período de 1949 a 1976, foram realizadas dezessete reuniões deste Comitê, cujos relatórios serão adotados como importante fonte de consulta para o tema do próximo capítulo deste trabalho.

Em fevereiro de 1978, o então diretor da Divisão de Saúde Mental, N. Sartorius, lança o Novo Programa de Saúde Mental da OMS, atendendo as resoluções ditadas desde 1974 pela Assembléia Mundial da Saúde, que indicavam como fundamentais os fatores psicossociais nos planos sanitários e nos programas de saúde. Este plano visou estruturar medidas mais efetivas, de modo a responder à demanda gerada pelos governos de vários países — a saúde mental havia despertado pouco interesse nos últimos tempos. Foram afirmados três grandes objetivos a serem postos em prática e orientar as ações nos cinco anos seguintes:

- 1) Prevenir e/ou reduzir os problemas psiquiátricos, neurológicos e psicossociais, inclusive os relacionados ao alcoolismo e à farmacodependência;
- 2) Aumentar a eficácia dos serviços gerais de saúde utilizando corretamente os conhecimentos teóricos e práticos sobre saúde mental;
- 3) Elaborar estratégias de intervenção baseadas em um maior conhecimento dos aspectos de saúde mental que provêm das atividades e mudanças sociais. As atividades de saúde mental deveriam estar incluídas no sistema de serviços gerais. Os recursos multidisciplinares são valorizados e os setores prioritários

de investigação deveriam ser as conseqüências psicossociais de mudanças sociais repentinas (SARTORIUS 1978, p. 65-67).

Em 1990, como resultado da Declaração de Caracas, a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPS) centraram seus esforços para a reestruturação, na região das Américas, da assistência psiquiátrica estreitamente vinculada à atenção primária, orientação esta que oferecia a oportunidade de “organizar os serviços de saúde mental de forma a evitar o isolamento, o estigma e a discriminação”. Ao mesmo tempo, vários problemas a enfrentar decorrentes da “falta de profissionais capacitados e recursos para prestar serviços especializados” (OMS 2001, p. 53).

Em novembro de 2000, na 107ª reunião do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS 2000), são apresentadas medidas estabelecidas para 2001 com o objetivo de dar destaque aos transtornos mentais e seus efeitos: lançamento do Informe *Saúde Mental: novos conhecimentos, novas esperanças*; a realização de debates ministeriais na Assembléia Mundial da Saúde; e a organização de várias atividades em torno do Dia Mundial da Saúde em 2001, dedicado ao tema *Saúde Mental: sim à atenção, não à exclusão*.

Nessa reunião de novembro de 2000, alerta-se para a urgência de respostas mais eficazes em função do número de pessoas afetadas, da previsão de aumento dos transtornos mentais em função do envelhecimento da população e da intensificação dos problemas sociais.

Em maio de 2001, por ocasião da 54ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorreram debates ministeriais, organizados em mesas redondas sobre: saúde mental e contexto social; discriminação e violação dos direitos humanos; melhoria das políticas e dos serviços de saúde mental; atenção às necessidades dos grupos especiais. Neste mesmo ano, o Departamento de Saúde Mental e Toxicomanias da OMS, dirigido por Benedetto Saraceno,

divulga um Projeto de Política de Saúde Mental com o objetivo de oferecer orientações mais detalhadas para a aplicação das recomendações normativas da publicação *Saúde Mental: novos conhecimentos, novas esperanças* (OMS 2001), da série da OMS intitulada “Informe sobre a saúde no mundo”. Pretende-se, com estas orientações para a implementação de políticas e serviços, conseguir que a saúde mental figure firmemente no programa nacional dos governos e que a redução da taxa de morbilidade, nesta área, passe a ser uma prioridade.

7 SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA NOS DISCURSOS DA ORGANIZAÇÃO MUDIAL DA SAÚDE

Neste capítulo, serão apresentadas as principais referências à infância, encontradas em documentos da OMS dedicados a recomendações gerais para políticas públicas em saúde mental. Estes documentos são considerados produções discursivas que revelam tomadas oficiais de posição dos especialistas envolvidos.

Os dados foram sistematizados em função de cada momento histórico estudado: década de cinqüenta, década de setenta e início do século XXI. Esta apresentação procura estabelecer uma articulação entre os problemas aludidos à infância, as medidas propostas e o contexto de sua emergência.

O material consultado foi submetido a uma simplificação e a uma seleção em função dos objetivos deste trabalho. Este recorte traduz, portanto, uma leitura particular em relação a seu conteúdo e forma de exposição. O conteúdo exposto não deve ser confundido, ainda, com a efetiva situação da saúde mental em cada momento histórico. As orientações preconizadas pelos especialistas da OMS indicam problemas existentes e propostas de solução.

7.1 A década de cinqüenta

Nos dois anos subseqüentes à criação da OMS, os trabalhos do Comitê de Especialistas em Saúde Mental indicam a realização de pesquisas sobre os fatores biológicos e culturais que determinam a personalidade, os efeitos da privação dos cuidados maternos, a relação entre a estrutura da personalidade individual e as normas de conduta do grupo social.

Fundamentos para o progresso da higiene mental são expostos, ocupando atenção especial investigações sobre o desenvolvimento da criança, o estudo das “práticas de educação infantil e sua influência no comportamento individual e coletivo da criança e do adulto”. Apesar da complexidade de tais estudos e do tempo prolongado que exigiriam, há explícita recomendação para que fossem realizados. A citação, a seguir, esclarece os princípios nos quais baseavam-se estas recomendações:

Se realmente queremos liberar a humanidade dos estados de ansiedade imotivados, das reações de agressividade injustificadas, das distintas formas de comportamento anormal e dos transtornos psiquiátricos propriamente ditos, é indispensável acelerar o ritmo de tais estudos. O desenvolvimento da criança há de ser objeto não somente dos trabalhos do psiquiatra e do psicólogo, como também do sociólogo e do antropólogo” (OMS 1953, p. 58).

A detecção precoce e a atuação preventiva configuram-se como os modelos de intervenção, recorrendo-se reiteradamente, para atingir objetivos e resultados, à saúde materna, ao papel a ser desempenhado pela família e por instituições como a escola.

Saúde e higiene mental: definição e fundamentos

O conceito de saúde mental encontra-se definido como capacidade do indivíduo para estabelecer relações harmoniosas; participar das modificações de seu ambiente físico e social ou de contribuir nele de modo construtivo; obter uma satisfação harmoniosa e equilibrada de seus próprios impulsos instintivos, potencialmente em conflito. Saúde mental implica num estado da personalidade tal que permita ao indivíduo examinar seus impulsos instintivos, estando, somente assim, apto a realizar plenamente suas potencialidades (OMS 1952, p. 2).

O termo “higiene mental” é empregado em um sentido estrito e literal, análogo ao modo que se usa o termo geral de ‘higiene’ na prática da saúde pública. A higiene mental consiste, então,

nas atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental. Sua prática requer que grupos e indivíduos examinem e voltem a valorizar as modalidades das relações interpessoais, à luz de sua influência sobre o desenvolvimento da personalidade. Para que isto seja possível, a educação teórica “deve ser acompanhada de métodos práticos de ensino através de experiências concretas, individuais e de grupo, que estimulem a auto-compreensão emocional e modifiquem a conduta nas relações pessoais e em uma evolução da personalidade mais sã” (OMS 1952, p. 2-3).

Higiene Mental e Saúde Pública

Problematiza-se a possibilidade de colaboração da psiquiatria que só recentemente evoluíra de um serviço pessoal ao indivíduo doente para uma atuação mais colaborativa em relação à medicina preventiva. O desafio consistia em avaliar como conceitos e hipóteses derivados da experiência clínica da psiquiatria poderiam ser aplicados à prática da saúde pública, tendo em conta os fins, práticas e tradições da primeira. Muitos dos conceitos derivados da psiquiatria clínica deveriam ser postos à prova, modificados e adaptados antes de poder ter valor para a prática e filosofia da saúde mental (OMS 1952, p. 3).

Partindo-se da premissa de que a higiene mental se ocupa de temas como os métodos de educação das crianças, o desenvolvimento do caráter e da personalidade e a modificação da conduta, isto necessariamente invade campos que são regidos por sanções derivadas de idéias religiosas, sistemas éticos e convenções sociais. Nesse sentido, a saúde mental estaria freqüentemente em conflito com preconceitos derivados da experiência individual. A incorporação eficaz da

higiene mental nas práticas da saúde pública dependeria, em parte, da compreensão destas atitudes pelos trabalhadores de saúde pública e em seu desejo de participar nas valorizações objetivas das mesmas (OMS 1952, p. 4). Nessa perspectiva, indica-se uma capacitação adequada ao trabalhador de saúde para compreender os problemas humanos, pois a formação por meio dos sistemas de educação médica vigentes é considerada insuficiente na matéria (OMS 1952, p. 5).

Ao funcionário da saúde mental em matéria de higiene mental caberia a tarefa de identificar e eliminar da coletividade fatores prejudiciais ao desenvolvimento psicológico são do indivíduo. Porém, não se tratava de transformar o funcionário da saúde pública em psiquiatra (OMS 1953, p. 9).

Na organização dos centros de saúde para mães e crianças (lactantes e crianças em idade pré-escolar) as seguintes recomendações são apresentadas:

- Necessidade de os médicos e enfermeiras familiarizarem-se com o desenvolvimento normal da criança e com os problemas que surgem durante os cinco primeiros anos de vida; conhecer as necessidades emocionais básicas da criança; ajudar e aconselhar as mães em dificuldades;
- Cooperação entre as instituições, como serviços médicos e escolas para crianças pequenas;
- Adotar uma atitude livre de hostilidade e preconceito diante da mãe solteira e da criança ilegítima;
- Necessidade de uma “continuidade afetiva” entre os serviços de saúde infantil e os que são responsáveis pelos cuidados de crianças que sofrem de transtornos sérios em seu desenvolvimento emocional e intelectual;

- Respeito pela personalidade e o significado individual de cada criança a quem trata de ajudar (OMS 1952, p. 11).

Para ampliar o campo das atividades de saúde pública na forma que se preconiza, cada país estaria finalmente obrigado a estabelecer um instituto de higiene mental ou uma divisão importante de higiene mental nos principais institutos de saúde pública. Nestes institutos, o antropólogo, o sociólogo, o psicólogo social poderiam aportar uma grande contribuição (OMS 1953, p. 9).

As recomendações para a infância

As principais recomendações deste período foram estabelecidas em 1949 e 1950, resultado do trabalho das duas primeiras reuniões do Comitê de Especialistas em Saúde Mental (OMS 1953 e 1952, respectivamente).

- *A Profilaxia*

Concentrar esforços especialmente na psiquiatria terapêutica e profilática da infância teria a conveniência de, tratados os pequenos transtornos psicológicos na infância, produzir efeito profilático positivo na morbidade psiquiátrica adulta. Ainda, medidas profiláticas de higiene mental encontrariam seus resultados máximos positivos quando aplicadas durante as fases da infância (1953, p. 8). A profilaxia justifica-se, ainda, em face da impossibilidade de os problemas de higiene mental do mundo poderem ser adequadamente resolvidos por métodos terapêuticos. A psiquiatria clínica, assim, é convocada a produzir conhecimentos nesta área.

Indica-se, como referência, as clínicas de orientação infantil implantadas na Europa Ocidental e nos EUA. Mesmo não

sendo diretamente viável em outros países, recomenda-se a aplicação do conhecimento científico e a experiência clínica produzidos por estes centros, seja qual for a estrutura ou organização que se considere mais apropriada à situação local (OMS 1953, p. 8).

- *A família*

Cuidado familiar como o método mais satisfatório no lugar da internação em instituições. Recomendam-se estudos sobre as crianças desamparadas, indicando que a Psicologia pode contribuir com conhecimentos sobre os efeitos que a falta das relações normais com os pais produz na saúde mental das crianças. Visa-se, ainda, formular planos para instituições que poderiam suavizar ou evitar os danos que a falta das relações normais com seus pais causa ao *caráter* ou à saúde mental das crianças. Expressa-se a firme opinião de que o “melhor substituto psicológico para uma família é outra família, e que nunca se deve recorrer às instituições salvo nos casos que, por qualquer motivo, resulte impossível colocar uma criança sob os cuidados de uma família” (OMS 1953, p. 28).

- *Higiene materno-infantil*

A execução do programa de atenção à saúde materno-infantil, tal como proposto, à época, pela OMS, poderia ficar comprometida pela falta de entendimento entre pediatras, psiquiatras e psicólogos especializados em crianças. Recomenda-se que a OMS organize uma conferência para estudar este problema, com a presença de pediatras, psicólogos e psiquiatras de crianças, um administrador de saúde pública (preferencialmente vinculado a programa de

puericultura), um psiquiatra geral, um assistente social psiquiátrico com experiência em orientação infantil, um ginecologista-obstetra, uma enfermeira de saúde pública com experiência em higiene infantil, um sociólogo e um especialista em problemas familiares (OMS 1953, p. 22).

- *Separação da criança da mãe*

A partir das constatações de John Bowlby sobre a ausência ou privação materna, estudo patrocinado pela OMS e publicado em 1951, tem-se a comprovação científica de que “a separação de uma criança de sua mãe, ainda que seja por um período relativamente curto, pode criar angústias com efeitos profundos sobre a criança. Recomenda-se especial atenção para as situações nas quais esta separação é necessária ou desejável, indicando-se, como as melhores alternativas, creche, lar de férias ou convalescença, lar substituto, adoção, cuidado institucional e hospitalização, escola especial para crianças fisicamente débeis, mentalmente atrasadas e emocionalmente transtornadas.

- *Estudos psicológicos sobre o desenvolvimento emotivo e intelectual*

Recomenda-se que a OMS patrocine a realização de estudos psicológicos sobre as características normais do desenvolvimento emotivo e intelectual das crianças (OMS 1953, p. 22)

- *Serviços de Higiene Mental*

Recomenda-se que os governos desenvolvam serviços de higiene mental para as crianças, incorporados nos serviços para o cuidado da saúde física, e proporcione aos mestres e outras pessoas encarregadas do cuidado das crianças o

treinamento necessário nos aspectos da higiene mental relacionados ao seu trabalho (OMS 1953, p. 23).

- *Prevenção da delinqüência*

Partindo-se do consenso de que as relações do indivíduo em sua infância poderiam contribuir para sua inclinação ao comportamento delituoso em seus anos posteriores, avalia-se ser necessário instruir os pais de família sobre os métodos de educação de seus filhos, visando diminuir o perigo de ser produzida futuramente uma inclinação à delinqüência (OMS 1953, p. 26-27). Sugere-se a criação de um Grupo de Trabalho sobre aspectos psiquiátricos da delinqüência, posto que esta matéria tornara-se uma nova especialidade dentro do campo geral da psiquiatria (OMS 1953, p. 28).

- *Higiene escolar*

O médico escolar deveria colocar-se em contato efetivo com professores e pais para discutir os problemas pertinentes à saúde mental das crianças.

Enfatiza-se a oportunidade apresentada ao trabalhador de saúde pública de colaborar com o professor na criação de um ambiente escolar favorável para a saúde mental presente e futura da criança, estando atento à personalidade individual de cada criança, às condições de iniciação da educação escolar e aos métodos de ensino (OMS 1952, p. 17-23).

Em reunião realizada em 1960, o Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS concluiu que, apesar do avanço em conhecimentos teóricos, as novas técnicas continuavam insuficientes. Em geral, estas se limitavam ao tratamento das pessoas que já haviam contraído a enfermidade mental e,

em conseqüência, os dois aspectos mais importantes da higiene mental — a prevenção dos transtornos psiquiátricos e a luta contra os desvios de comportamento — continuavam sendo um território em grande parte inexplorado (OMS 1961a, p. 45).

O Segundo Seminário Latinoamericano de Saúde Mental, realizado em Buenos Aires em setembro de 1963, avalia a situação da saúde mental e explica a pouca importância que continuava sendo dada a esta especialidade no campo governamental e da assistência. A insuficiência de informação estatística impediria as autoridades e o público de apreciarem a magnitude e qualidade do problema. A falta de consciência por parte da coletividade resultava na não exigência de serviços de saúde mental. A pressão que outros graves problemas de saúde (enfermidades endêmicas ou epidêmicas, mortalidade infantil, desnutrição), ainda não resolvidos nos países em desenvolvimento, exerciam sobre as autoridades sanitárias tornava difícil a percepção do significado real da situação (OPS 1964).

Em suas resoluções conclusivas, este Seminário indica a realização de estudos não limitados aos títulos clássicos da psiquiatria, mas abarcando problemas sociais como delinqüência, homicídio, suicídio, desintegração familiar — problemas que deveriam ser qualificados como anormalidades psíquicas, respeitando-se os determinantes antropológico-culturais (OPS 1964, p. 7). A importância da prevenção é retomada e o trabalho de profilaxia deveria ser prioritariamente realizado dentro da família, “primeira matriz sociocultural, cuja distorção pode determinar múltiplos problemas de saúde mental” (p. 13). Na integração das instituições educativas com os programas de saúde mental, a criança, desde a escola primária, deveria ser ensinada a entender seu papel no grupo familiar, na coletividade e na estrutura social em geral. As crianças e adolescentes deveriam aprender a conhecer suas operações mentais e afetivas com a mesma atitude com que aprendiam biologia e outras matérias (p. 12).

Os temas que foram objeto de trabalho do Comitê de Especialistas em Saúde Mental, no período de 1952 a 1967, priorizaram a organização da rede de assistência, problemas de saúde mental específicos, o ensino e a formação de pessoal²⁰.

GRAHAM e ORLEY (1997) consideram que as atividades da OMS acerca da saúde mental das crianças tiveram início com o patrocínio e o incentivo às pesquisas, coordenadas por John Bowlby, sobre os efeitos da privação dos cuidados maternos. Depois deste excelente começo, dizem os autores, “produziu-se um longo intervalo no qual a OMS trabalhou pouco nesse campo”. O fato de esta Organização ter se dedicado, durante os anos subseqüentes, às principais causas da mortalidade infantil, é apontado como o aspecto mais significativo para justificar a pouca atenção dada à saúde mental das crianças. A iniciativa somente é retomada em meados da década de setenta, com a criação da Divisão de Saúde Mental da OMS (p. 278).

A criação dessa Divisão resultou, segundo GRAHAM e ORLEY (1997), do convencimento de que se “luta com mais eficácia contra a enfermidade no estado mais precoce do desenvolvimento de suas causas”. Desde a criação da OMS, analisam os autores, a má nutrição e a infecção foram reconhecidas como as causas mais importantes da mortalidade e incapacidade. Posteriormente, entendeu-se que a má nutrição e a infecção não eram produzidas somente pela escassez de alimentos e de recursos, mas também por problemas mentais e sociais, “como atenção deficiente à infância, falta de orientação, crenças errôneas sobre a dieta e a recusa a participar de campanhas de imunização” (p. 278).

²⁰ O tema e o ano de realização destas reuniões foram os seguintes: O hospital psiquiátrico público (1952); Legislação relativa à assistência psiquiátrica (1954); O hospital psiquiátrico, centro de atenção preventiva em saúde mental (1956); Problemas de saúde mental do envelhecimento e da velhice (1958); Psiquiatria Social e atitudes da coletividade (1958); Epidemiologia dos transtornos mentais (1959); Ensino da Psiquiatria e da Higiene Mental aos estudantes de Medicina (1960); Preparação de Programa de Higiene Mental (1960); Função do médico sanitário e do médico generalista nas atividades de higiene mental (1961); A formação do psiquiatra (1962); Transtornos psicossomáticos (1964); Serviços de prevenção e tratamento de dependência do álcool e outras drogas (1966); Organização dos serviços para o retardo mental (1967).

7.2 A década de setenta

A década de 1970 foi marcada por novos termos: a atenção psicossocial, a preocupação com os efeitos das mudanças sociais e do ambiente decorrentes do desenvolvimento urbano. A Conferência de Alma-Ata (1978), direcionando as ações para a atenção primária, e o Ano Internacional da Criança (1979) devem ser lembrados como eventos marcantes neste momento.

O programa de saúde mental da OMS (SARTORIUS 1978, 65-66), exposto em 1978, estruturou-se em torno dos seguintes princípios: reorientação da maneira de se considerar a saúde mental e a função dos profissionais da área; estabelecimento de uma estreita cooperação entre os profissionais da saúde mental e os diferentes setores sociais (educação, assistência social, trabalho e saúde); colaboração dos países na solução dos problemas.

O trabalho elaborado pelo Comitê de Especialistas em Saúde Mental (OMS 1977), em sua última reunião em 1976, cujos resultados serão apresentados a seguir, anuncia alguns dos fundamentos desta nova visão, preservando, no entanto, alguns elementos do período anterior. Dedicou-se a estabelecer as bases do bom desenvolvimento psicossocial da criança em sua articulação com a saúde mental.

O desenvolvimento psicossocial da criança

Após vinte anos de uma política de recomendações, constatou-se que os programas de saúde permaneciam omissos em relação aos problemas de saúde mental das crianças. Raramente aplicavam-se os conhecimentos acerca do desenvolvimento psicossocial, postura particularmente arriscada em uma “época de rápidas transformações sociais e políticas”. A eficácia dos programas encontrava-se

comprometida, ainda, em função de importantes lacunas que subsistiam nos conhecimentos disponíveis, apesar da existência de uma tecnologia apropriada para a investigação (OMS 1977, p. 7).

Estudos anteriores tomaram alguns quadros restritos como objeto de atenção: o retardo mental, a delinqüência juvenil e a epilepsia. Dever-se-ia ter agora uma preocupação particular com os problemas das crianças dos países em desenvolvimento. As atividades deveriam ser formuladas dentro da complexa estrutura das inter-relações entre a saúde da criança, os fatores psicossociais, o meio socioeconômico e a realidade política.

Situação da criança no mundo

Crianças abaixo de 15 anos representando um terço da população mundial, 83% vivendo nos países em desenvolvimento. Nestes, a mortalidade infantil apresentava-se seis vezes maior que nos países desenvolvidos — causas principais: enfermidades infecciosas e a má nutrição.

As transformações sociais e seus efeitos ganham importância na análise da problemática infantil. O processo de urbanização surge como um fator favorável ao desmembramento das famílias nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, risco de uma desintegração da família com o aumento na proporção de separações e divórcios; aumento na taxa de “filhos ilegítimos” e dificuldades de adoção de crianças nascidas nestas condições (com freqüência mães muito jovens) e de crianças abandonadas nos bairros miseráveis das cidades. Em conseqüência, avançava a proporção de crianças

criadas em famílias incompletas e em situação de desvantagem social. O emprego de mulheres generalizava-se e as crianças eram cada vez mais confiadas à assistência de outras pessoas e às escolas (OMS 1977 p. 8 e 9).

A importância das relações familiares

Para o normal desenvolvimento, a importância do afeto e da aceitação pelos pais ou seus substitutos, de maneira estável e sensível às necessidades da criança; possibilidades de autonomia e independência, adequada interação com os outros e oportunidade de aprendizagem conveniente. A ausência destas condições predisporia para o surgimento de problemas de saúde mental e de dificuldades no desenvolvimento psicossocial.

Reafirma-se a importância da qualidade da relação intrafamiliar através dos resultados de estudos sobre “comportamentos anormais dos pais”, indicativos de que crianças criadas por pais delinquentes ou mentalmente transtornados mostravam um índice maior de problema mental: “Ainda que os fatores genéticos podem por vezes intervir, está claro que os riscos dependem em grande parte da discórdia na família e na má criação dos filhos que podem acompanhar o transtorno mental dos pais” (OMS 1977, p. 23).

Os problemas de saúde mental na infância

Os problemas de saúde mental da criança são propostos enquanto desvios quantitativos ou qualitativos do desenvolvimento. Os transitórios, considerados simplesmente como transtornos do desenvolvimento; os de alteração

qualitativa e de caráter mais permanente, transtornos mentais propriamente ditos.

Em sua maioria, constituem-se como desvios quantitativos do desenvolvimento são e normal e muitas destas manifestações poderiam ser interpretadas como reações a situações específicas. Dificuldades afetivas ou de comportamento — medo, transtornos do sono e dos hábitos alimentares — são considerados de índole transitória, e “estudos mais recentes fazem pensar que a importância que se atribuía no passado a essas classes de traços neuróticos era exagerada”.

A manifestação de algumas dificuldades em determinada situação e não em outra indicaria que os problemas de saúde mental guardam estreita relação com o tipo de interação das crianças com seu meio ambiente, devendo este último sempre ser considerado na avaliação destes problemas.

Os transtornos mentais diferem destas dificuldades mais freqüentes e transitórias por sua gravidade e pelo obstáculo que impõem ao desenvolvimento psicossocial normal, ou seja, são persistentes e socialmente incapacitantes. O autismo e a psicose infantil, proporção relativamente pequena dos transtornos mentais na infância, são afecções *qualitativamente* diferentes do desenvolvimento normal.

A existência destes transtornos mais permanentes não invalida a tese geral de que é impossível fazer uma distinção radical entre transtorno mental e transtorno do desenvolvimento psicossocial.

Os recursos para avaliação, diagnóstico e classificação das enfermidades encontravam-se mais formalizados: dispõem-se

de questionários para avaliação em massa, técnicas para normalizar os métodos de interrogatório individual, condições que favoreceram a execução de estudos epidemiológicos. O recente procedimento multiaxial, especial para as crianças, possibilitou a introdução de categorias específicas para os transtornos mentais, na 9ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-9).

A prevalência dos problemas persistentes e socialmente incapacitantes entre crianças de 3 a 15 anos dos países desenvolvidos oscilava entre 5% a 15%.

Fatores de risco e fatores protetores do desenvolvimento

Fatores que influenciam o desenvolvimento psicossocial: fatores biológicos (genéticos ou lesões), fatores cognitivos, fatores ecológicos e sociais.

Nos países desenvolvidos, constata-se que os problemas são mais abundantes entre as crianças que vivem no interior das cidades do que de povoados ou zonas rurais. Indica-se o necessário estudo sobre que traços da vida urbana surtem um efeito nocivo no funcionamento da família.

Dados sobre a influência da moradia na saúde mental são considerados complexos e de difícil interpretação; no entanto, existiria certa relação entre os problemas de saúde mental e as moradias superlotadas.

Sobre a condição de pobreza e má situação socioeconômica: avalia-se que estes fatores agiriam mais intensamente na saúde mental infantil do que os fatores familiares unicamente — “Se o alívio da pobreza facilita o funcionamento da família,

os benefícios que essa medida produz na saúde mental podem ser importantes” (OMS 1977, p. 21). No entanto, paradoxalmente, as crianças de países desenvolvidos apresentavam muito mais problemas de saúde mental, apesar de sua prosperidade.

Avalia-se que os processos imigratórios colocavam alguns grupos populacionais em situações de desvantagem: decomposição da família, da tribo e de outros sistemas de apoio comunitário, a falta de assistência decorrente destas rupturas, a alienação dos imigrantes nas novas comunidades e as condições de habitação.

As condições existentes na hospitalização e no ambiente escolar também aparecem como possíveis fatores de risco.

Fatores protetores do desenvolvimento positivo: o temperamento (crianças tranquilas e com maior capacidade de adaptação são menos suscetíveis às tensões psicossociais da infância), o sexo (as meninas são menos suscetíveis), a tolerância, boas relações com os pais, o sucesso nas experiências fora do lar e a evolução favorável do ambiente familiar.

A rede de serviços

Os psiquiatras infantis eram inexistentes ou em pequeno número nos países em desenvolvimento; a assistência ficava a cargo dos neuropsiquiatras ou psiquiatras gerais. Nos países desenvolvidos, nos serviços ambulatoriais ou de hospitais gerais, apresentavam-se como principais modalidades de tratamento: a psicoterapia individual e o aconselhamento à mãe, e, com inclusão mais recente, a terapia familiar, a

psicoterapia individual breve, a farmacoterapia e os métodos comportamentais.

Possibilidades de ação

Medidas preventivas imediatas

Melhoria da assistência materna e obstétrica, da nutrição, dos programas de imunização; redução de acidentes, melhores condições físicas e sociais, assistência aperfeiçoada.

Medidas de assistência social

Evitar estruturas parentais instáveis e descontínuas, melhorar as condições dos serviços de assistência, reduzir o número de filhos não desejados, divulgar as necessidades da criança.

Outras possibilidades de prevenção:

Redução da taxa ou da cronicidade dos transtornos mentais dos pais, e dos efeitos incapacitantes daí decorrentes, apesar do desconhecimento de métodos para tanto;

Aprofundar estudos sobre o problema da discórdia familiar, causa de problemas mentais e de delinqüência infanto-juvenil;

Melhorar a qualidade da relação pais e filhos, apesar da existência de poucas “indicações úteis de como consegui-lo”.

Medidas terapêuticas

Métodos e técnicas avaliados como eficazes: métodos comportamentais, assessoria breve sobre problemas concretos e medicamentos.

Medidas de provável eficácia e mais onerosas:

Tratamento hospitalar (quando necessário), serviços pedagógicos ou residências especiais. Psicoterapia especializada: terapia de grupo (crianças com dificuldades na relação social e com pais cujos filhos têm problemas análogos) e terapia familiar específica, visando melhorar a comunicação entre os membros da família sobre os problemas que se apresentam.

Medidas que se revelaram ineficazes:

O aconselhamento pessoal das crianças “cujos comportamentos anunciavam uma delinqüência ulterior (...) revelou-se ineficaz para a prevenção dos atos infracionais”.

A psicoterapia geral de duração indeterminada.

Recomendações

1. Direito a todas as crianças de acesso a serviços de saúde mental e proteção contra os transtornos psíquicos. Enfatiza-se que a saúde mental não poderia estar dissociada da saúde física e do bem-estar social;

2. Para a prevenção dos transtornos mentais na infância e o estímulo a um bom desenvolvimento psicossocial:

- aumento e melhoria dos serviços materno-infantis;
- os serviços sanitários deveriam estar instruídos sobre as etapas do desenvolvimento infantil e sobre os métodos possíveis de favorecer este desenvolvimento de maneira harmoniosa;

- pessoal estável nas instituições (centros pequenos e situados no centro da coletividade);
- presença das mães nas enfermarias durante os períodos de hospitalização;
- os governos deveriam estar atentos para manutenção da continuidade das figuras paternas (apoio para manter a união das famílias, para a adoção rápida e continuidade do lar adotivo);
- ação governamental para evitar os nascimentos não desejados, incrementando-se os programas de planejamento familiar;

3. Criação de recursos terapêuticos na coletividade, treinamento de pessoal com os procedimentos que se revelaram eficazes;

4. Ampliação dos conhecimentos acerca da magnitude, a natureza e as causas dos problemas de saúde mental nas crianças de vários países: necessidade de estudos sobre mortalidade e natalidade, a distribuição dos casos de transtorno mental infantil, os efeitos das mudanças sociais, os fatores que atenuam os transtornos e os que favorecem um desenvolvimento harmonioso.

Em 1979, Ano Internacional da Criança, reafirma-se a necessidade de medidas efetivas a fim de se alcançar o objetivo global estabelecido pela OMS, *saúde para todos no ano 2000*: “É necessário assinalar que nesta data mais de 200 milhões de crianças e adolescentes estarão reclamando seu direito a um pleno desenvolvimento físico e a um íntegro desenvolvimento psicossocial” (OPS 1979, p. v).

Na publicação dedicada às condições da saúde da criança nas Américas, GONZÁLEZ (1979, p. 81-87), assessor regional em Saúde Mental da OPS na época, reafirma os princípios da perspectiva psicossocial. A análise dos fatores sociais indicava a pobreza e a situação de desvantagem daí decorrentes como determinantes para danos nas estruturas cerebrais e aumento da mortalidade infantil. Nas classes menos favorecidas, afirma GONZÁLEZ, “o número de partos em mulheres muito jovens é maior que na população em geral. Os filhos destas mães provavelmente têm um risco maior de lesão cerebral, como conseqüência do maior número de complicações obstétricas”. O retardo mental, a epilepsia e a disfunção cerebral mínima são as entidades clínicas analisadas em destaque neste comunicado.

Para fundamentar as possibilidades de ação em saúde mental da criança, GONZÁLEZ recorre a teorias do desenvolvimento cientificamente consagradas²¹. Se o desenvolvimento psicossocial segue uma pauta, uma escala, (...) as teorias que tentam formular explicações lógicas e coerentes servem de base para as interpretações diagnósticas, para os programas preventivos, terapêuticos e de reabilitação que os *desvios da norma* podem justificar (1979 p. 83).

O caráter inédito deste período localiza-se na importância dada às condições sociais na determinação da qualidade da saúde mental, na visão e participação multidisciplinar da assistência. Porém, há ainda, a inclusão ampliada de comportamentos ou atitudes da família e dos indivíduos,

²¹ GONZALÉZ faz referência às escalas de desenvolvimento de Gesell e à de Bailey, sobre o desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos. Esboça ainda as principais contribuições de E. Erikson, de Piaget e da escola psicanalítica, teorias que em síntese “pretendem explicar o desenvolvimento psicossocial como o resultado entre as qualidades inatas da pessoa e as influências do meio”. (...). “A teoria psicanalítica põe o acento em uma força primária, a libido, que de uma maneira dinâmica orienta o desenvolvimento infantil tanto em suas estruturas psíquicas internas como em suas relações sociais. A teoria de Erikson, que comporta alguns fundamentos psicanalíticos, sublinha a importância das forças sociais” (...) O processo, resultante da passagem por etapas sucessivas, “culmina na aquisição de uma identidade pessoal e o estabelecimento de relações sociais segundo o modelo da idade adulta”. (...) Piaget propõe uma configuração que caminha progressivamente “da orientação egocêntrica à social” (p. 83-84).

alçados à categoria de problemas psiquiátricos ou mentais. Embora transformados em outros termos e pautados em outras referências teóricas, alguns princípios da atenção psicossocial reeditam os da Higiene Mental, agora não focados na conduta e caráter, mas nos desvios daquilo que se pretende como normal. Reafirmam-se os riscos gerados neste contexto e apontados por SARACENO (citado por CIRINO 2001, p. 77-78): a retomada de antigos modelos ou a adoção de uma ideologia e não de uma teoria de referência.

Em 1989, um Grupo Científico da OMS elabora um relatório sobre a avaliação dos métodos de tratamento dos transtornos mentais, em atendimento à necessidade de prestar a assistência de “forma econômica, humanitária e aceitável para os pacientes e comunidades em que vivem” (OMS 1991, p.1). O significativo deste relatório é que ele traduz a nova forma de representar os problemas de saúde mental: as propostas terapêuticas são referidas a cada um dos transtornos, como estes figuram na classificação internacional das doenças vigente – a CID-10. O aparato tecnológico à disposição inclui métodos mais sofisticados de avaliação diagnóstica. Tornava-se desejável também poder estabelecer critérios para avaliar os resultados das medidas terapêuticas — principal objetivo deste estudo.

Os autores partem do pressuposto que, tal como a avaliação diagnóstica indica, freqüentemente os transtornos psiquiátricos refletem-se em dificuldades nas relações das crianças com seus companheiros, com as pessoas que as assistem ou com os membros da família. Os dados indicam que essas alterações resultam diretamente da “ausência ou distorção de uma atenção sensível e apropriada para a etapa de desenvolvimento” em que se encontra a criança. Os transtornos psiquiátricos freqüentemente são descritos como perturbações das relações. Portanto, um tratamento eficaz destinado às crianças deve envolver pais, autoridades escolares e outras pessoas que as assistem, o que pode ser efetivado através da terapia

familiar ou orientação individual. Deve fazer parte da estratégia terapêutica a avaliação do meio ambiente no qual a criança encontra-se inserida a fim de detectar os fatores favoráveis ou desfavoráveis ao seu desenvolvimento (OMS 1991, p. 69).

Tanto o diagnóstico e a terapêutica deveriam incluir técnicas que contemplassem *normas* de comportamento e de desenvolvimento apropriadas para a idade, adequadas e específicas ao meio cultural em questão. No planejamento terapêutico, dever-se-ia ter como primeiro objetivo uma avaliação da eficácia das técnicas em: reduzir rapidamente o sintoma; facilitar o desenvolvimento biológico, social, cognitivo e afetivo; estimular a autonomia pessoal e a autodependência; manter o comportamento apropriado para a idade; ou alcançar o grau conveniente de modificação ambiental (OMS 1991, p. 69).

Realiza-se uma análise dos métodos preventivos utilizados na assistência primária. Este modelo de prevenção envolvia uma identificação inicial das condições passíveis de favorecer o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Após esta avaliação, aplicava-se “programas especiais de fortalecimento com o propósito de corrigir qualquer carência ou deficiência”. Nos setores mais pobres da comunidade, estes programas incluíam “atenção diurna fortalecida”, em alguns casos combinados com a oferta de complementos nutricionais e educação dos pais. A dificuldade na implantação ou manutenção destes programas foi avaliada somente em termos do alto custo financeiro envolvido, e não em sua efetividade de prevenção dos transtornos mentais. Por fim, os benefícios dos lares substitutos ainda não haviam sido suficientemente analisados — a preocupação, neste momento, era com os casos de maus-tratos ou negligência. Sugere-se como alternativa, o acompanhamento regular destas famílias e da criança pelos profissionais da saúde. Um treinamento para que “a mulher torne-se uma boa mãe” apresenta-se como mais indicado que o encaminhamento de uma criança a uma instituição (OMS 1991, p. 68).

7.3 O início do século XXI

Dentre os esforços empreendidos para dar notoriedade aos problemas de saúde mental que acometem significativa parcela da população mundial, a OMS publica em 2001 um importante documento que reúne as principais diretrizes para uma política sustentada pelos princípios da eficácia e da garantia dos direitos de cidadania: O Informe Sobre a Saúde no Mundo 2001: *Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças*. Pretendido em importância pela cientificidade que aporta e pelo caráter comemorativo ao Ano Internacional da Saúde Mental, celebra as novas descobertas diagnósticas e terapêuticas: “os avanços das neurociências e da medicina da conduta têm demonstrado que, como muitas enfermidades orgânicas, os transtornos mentais e de conduta são consequência de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais” (OMS 2001, p. 1).

Admite-se a impossibilidade de se chegar a uma definição exaustiva de saúde mental, em uma perspectiva transcultural. No entanto, recorre-se a valores como bem-estar subjetivo, percepção da própria eficácia, auto-realização para dar consistência ao conceito.

Em sua vertente de determinação biológica, afirma-se a influência do sexo e da idade nos transtornos mentais e de conduta. Por exemplo, na vida adulta, a ansiedade e a depressão são mais frequentes entre as mulheres; os transtornos de personalidade anti-social e os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, nos homens (OMS 2001, p. 41). Observa-se uma estreita relação entre transtornos deste tipo e a existência de determinadas alterações de comunicação entre os neurônios (OMS 2001, p. 11). Estudos indicam a possibilidade de detecção de uma maturação anormal dos circuitos neuronais na esquizofrenia. Algumas enfermidades, como as toxicomanias, podem ser consideradas como resultado parcial de uma plasticidade sináptica mal adaptada (OMS 2001, p. 12).

A importância do psicológico recai sobre os cuidados maternos e a boa convivência familiar e, ainda, destaca-se pelo fato de que o comportamento humano configura-se também por meio de interações com o ambiente natural ou social, interações que podem ter conseqüências favoráveis ou desfavoráveis. A inclinação por um tipo ou outro depende da recompensa ou sanção, ou seja, o modelo clássico da teoria comportamental.

Nessa perspectiva do entendimento do humano, “os transtornos mentais e de comportamento podem ser considerados com um comportamento *mal adaptado aprendido*, diretamente ou pela observação de outros no decorrer do tempo” (OMS 2001, p. 12, grifos nossos). Por fim, as contribuições da psicologia indicam ainda que a incapacidade de enfrentar de forma adaptativa um acontecimento estressante está associada à emergência de transtornos — assim, ganha todo valor o desenvolvimento de intervenções baseadas no ensino de técnicas de enfrentamento das situações adversas.

Os fatores sociais que concorrem para a emergência de um desequilíbrio mental são a urbanização, a evolução tecnológica e a pobreza, de maneira diferenciada nos próprios seguimentos de uma determinada sociedade. Em geral, estas mudanças têm “efeitos distintos em função da situação econômica, o sexo, a raça e as características étnicas” (OMS 2001, p. 13).

Para a ocorrência dos transtornos e sua identificação, o CID-10 apresenta-se como o referencial para manter um rigor na avaliação dos fenômenos, uma vez que existem variações dentro da normalidade e outras que se configuram como claramente anormais e patológicas. Interessante notar que a angústia, conceito não definido, porém utilizado, é tomada como um elemento diferencial: “Os transtornos mentais e de conduta são afecções de importância clínica, caracterizadas por alterações dos processos de

pensamento, da afetividade (emoções) ou do comportamento associadas à angústia pessoal” (OMS 2001, p. 21).

Como fatores determinantes, são reconhecidos a pobreza, o gênero, a violência doméstica, a idade, conflitos e desastres, enfermidades físicas graves, a família e o ambiente.

O modelo da assistência deve fazer uso racional das intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, de maneira integrada e clinicamente válida (OMS 2001, p. 47). Os principais componentes são: a farmacoterapia, a psicoterapia, a reabilitação psicossocial, a reabilitação ocupacional e emprego, a moradia — ou seja, ao lado das técnicas científicas, as condições sociais. Os níveis permanecem os classicamente consagrados: prevenção, tratamento e reabilitação.

As recomendações de ação formuladas neste documento baseiam-se em dois níveis de informação: o primeiro é a experiência acumulada no desenvolvimento da atenção de saúde mental em muitos países com recursos diferenciados; o segundo, procede da investigação científica disponível em publicações internacionais e nacionais (OMS 2001, p. 109-110). São apresentadas as seguintes diretrizes gerais para uma política em saúde mental:

- oferecer tratamento na atenção primária;
- assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos;
- prestar assistência na comunidade;
- educar o público;
- envolver as comunidades, as famílias e os consumidores;
- estabelecer políticas, programas e legislação em escala nacional;
- desenvolver recursos humanos;
- estabelecer vínculos com outros setores;
- monitorar a saúde mental das comunidades;

- apoiar novas investigações sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental.

Situação da infância

Em relação à prevalência, indica-se que os transtornos mentais não se concentram em nenhum grupo específico, sendo, assim, considerados universais. Para as enfermidades neuropsiquiátricas, uma prevalência pontual acumulada de 10% na população adulta (OMS 2001, p. 21). Para a infância e adolescência, a partir de estudos de vários países e analisados em sua totalidade, as cifras de prevalência variam notavelmente entre os estudos, porém permitem sugerir que 10%-20% de todas as crianças têm um ou mais problemas mentais ou de comportamento (OMS 2001, p. 36) — prevalência igual ou maior a da atribuída à população adulta.

Em relação às altas estimativas de morbidade encontradas pelos diversos estudos, é realizada a seguinte ressalva: “a infância e adolescência são fases do desenvolvimento, sendo difícil traçar fronteiras nítidas entre fenômenos próprios do desenvolvimento normal e os que são anormais” (OMS 2001, p. 36).

Afirma-se a hipótese de que alguns transtornos freqüentes na população adulta podem ter início na infância: como exemplo, a depressão, “cada vez mais diagnosticada entre as crianças” (OMS 2001, p. 36).

O espaço reservado à infância e adolescência, neste documento de 2001, além de bastante reduzido, carece de uma discussão mais aprofundada sobre as nomeadas condições especiais deste grupo populacional. Centra-se em duas advertências: a primeira refere-se à necessidade de rever

a “falsa concepção” de que os transtornos mentais e do comportamento não são freqüentes nestes períodos da vida; a segunda, ao fato de que não há uma atenção suficiente a esta área da saúde mental.

Recomendações para a infância

Retoma-se a referência clássica da relação entre cuidados maternos e saúde mental. A privação de cuidados, decorrente da pobreza, guerra ou deslocamento de populações, aumenta a probabilidade de as crianças padecerem de transtornos mentais ou de comportamento, seja durante a própria infância ou posteriormente (OMS 2001, p. 12).

Considerada em sua condição de vulnerabilidade e ao mesmo tempo como sujeito de direitos, as crianças devem ser contempladas por políticas capazes de “prevenir a incapacidade mental na infância”, estimulando: a atenção nutricional e gestacional das mães; a garantia das medidas de proteção na infância; a oferta de tratamento de transtornos infantis comuns (como a epilepsia); a detecção precoce no nível da atenção primária; a identificação precoce da enfermidade e a promoção da saúde nas escolas (OMS 2001, p. 82).

Em 2005, a OMS publica documento destinado a subsidiar a implantação de medidas efetivas para a assistência de crianças e adolescentes em saúde mental. As seguintes razões são apresentadas para o desenvolvimento destas medidas:

1. Desde que transtornos mentais específicos ocorrem em certos estágios do desenvolvimento da criança e do adolescente, programas e intervenções específicas podem ser concebidos para cada estágio no qual estes transtornos tendem a aparecer;

2. Desde que há um alto grau de continuidade entre os transtornos da infância e adolescência e os da idade adulta, intervenções mais precoces podem prevenir ou reduzir a probabilidade de prejuízo a longo prazo;
3. Intervenções efetivas reduzem a carga de transtornos de saúde mental no indivíduo e na família, diminuindo os custos dos sistemas de saúde e comunidades (OMS 2005, p. 2).

A saúde mental da criança e do adolescente encontra-se definida como a “capacidade de estabelecer e manter ótimo funcionamento psicológico e uma boa vida (existência)”. Para tanto, há uma dependência entre o nível alcançado e a competência adquirida pelo funcionamento psicológico e social. A boa saúde mental neste período da vida torna-se pré-requisito para relacionamentos sociais produtivos, aprendizado e participação econômica efetiva (OMS 2005 p. 7).

Programas, planos e intervenções específicas poderiam ser considerados como recursos para a redução de fatores de risco e aumento dos fatores de proteção. Como fatores de risco no domínio biológico: exposição a substâncias tóxicas, tendência genética a distúrbio psiquiátrico, trauma cerebral, hipóxia neonatal, infecção por HIV, má nutrição e outras doenças. No domínio psicológico: dificuldades de aprendizagem, traços de personalidade mal-adaptada, abuso ou negligência física, sexual ou emocional, dificuldades de temperamento (OMS 2005, p. 12). Os relacionados à família, à escola e à comunidade compõem a vertente social destes fatores de risco: inconsistência nos cuidados familiares, conflitos, disciplina e administração familiar ineficientes, morte de um membro da família; inadequado ou inapropriado provimento educacional, fracasso escolar, comunidade desorganizada, discriminação e marginalização, exposição à violência (OMS 2005, p. 12).

Algumas circunstâncias difíceis podem servir como fatores de risco, por exemplo, a emergência de *stress* pós-traumático em uma criança que foi abusada sexualmente. Ao mesmo tempo, os próprios problemas de saúde mental podem servir como fatores de risco em circunstâncias difíceis — por exemplo, uso de álcool ou drogas, por adolescentes, para conviver com sentimentos depressivos (OMS 2005, p. 12). O desenvolvimento da criança em sua graduação em estágios indica sua condição de vulnerabilidade: “o estágio de desenvolvimento da criança pode determinar seu grau de vulnerabilidade a transtornos, como o transtorno é manifestado e qual tratamento mais adequado poderia ser introduzido”.

Intervenção precoce, com crianças, adolescentes, pais e familiares, pode reduzir ou eliminar as manifestações de alguns distúrbios mentais e promover a integração com programas educacionais e serviços de assistência.

Estudos realizados em 2004 constataram, finalmente, que nenhum país do mundo tem um programa de saúde mental para crianças e adolescentes claramente definido; somente, ainda, em trinta e quatro países foram encontrados programas que poderiam ter algum impacto benéfico sobre este grupo populacional (OMS 2005, p. 15).

7.4 Análise das transformações no campo da saúde mental

A inserção da saúde mental no espaço público, no momento histórico em que se iniciam as recomendações da OMS, procurou acompanhar as transformações em curso no campo da medicina e da organização da saúde, então estendidas prioritariamente aos setores anteriormente excluídos do acesso à assistência. A orientação assim empreendida, que exigiu uma participação efetiva do Estado e modificações na prática médica, encontrou na concepção de medicina comunitária seu principal agente.

DONNANGELO (1976) situa a medicina comunitária como um projeto de organização da prática médica que se dirige a esta particular articulação, nas sociedades capitalistas, entre as agências e instituições encarregadas da prática de saúde e os grupos sociais aos quais tais práticas são destinadas.

A medicina comunitária traz consigo uma concepção de medicina como conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social; conseqüentemente, uma concepção de como se articulam medicina e sociedade (DONNANGELO 1976, p. 13).

Esse projeto desaloja o lugar ocupado pela clínica até então, introduzindo um novo ordenamento na prática e no ato médicos. O progressivo desenvolvimento da medicina comunitária implicou a extensão dos serviços, através de uma “simplificação-ampliação” das técnicas em jogo, com a participação da comunidade (DONNANGELO 1976, p. 73).

Desenvolvendo-se na seqüência de outras propostas de recomposição da prática médica, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária não se introduz como um novo campo conceitual frente a uma nova problemática. Antes assenta, em princípios já elaborados no interior daquelas propostas, o seu projeto nuclear: uma estratégia de prestação de serviços à população (DONNANGELO 1976, p. 75).

Os movimentos da medicina integral e preventiva adquirem impulso nas décadas de quarenta e cinquenta e têm suas raízes nos mesmos processos que deram origem às políticas estatais de saúde. Esses movimentos interferiram na recomposição de elementos internos à prática, “constituindo o ato médico individual o momento no interior do qual a medicina poderá a um só tempo corrigir deficiências técnicas e incorporar a dimensão social que se manifesta por via da enfermidade” (DONNANGELO 1976, p. 79).

A medicina integral apóia-se em uma concepção globalizadora do objeto — a unidade bio-psico-social — e tenta desconstruir o caráter fragmentário do trabalho médico, que se expressa em duas dimensões: por um lado, a fragmentação do objeto individual, alvo de interferências parciais do especialista e, por outro, a fragmentação da noção de doença, com a

separação entre ações terapêuticas e preventivas, na qual o processo saúde-doença aparece destituído de seu caráter temporal e das condições ecológicas e sociais que o determinam. A tentativa de uma recomposição da prática em um sentido integral e totalizador promove:

O descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico no sentido de aprender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental (DONNANGELO 1976, p. 80).

A medicina comunitária afirma-se na seqüência de uma revisão dessas estratégias, na qual a sistematização progressiva desses princípios envolve a superposição da medicina integral e da medicina preventiva. O ato médico torna-se o principal agente desta reforma, onde o profissional munido de uma nova atitude em relação às necessidades individuais e sociais atua de modo a atingir, transcendendo os limites do ato médico individual, o meio social.

Foi no interior da educação médica americana, no início da década de 1950 que os efeitos da radical separação entre Saúde Pública e Atenção Médica, respectivamente a cargo do Estado e do setor privado, começaram a ser questionados, constituindo-se o solo para o desenvolvimento da medicina integral e, conseqüentemente, para a institucionalização do ensino da medicina preventiva nas escolas médicas (DONNANGELO 1976, p. 81).

A medicina comunitária afirma-se, ainda, como uma forma paralela à organização predominante da assistência médica privada. Portanto, sua vocação é a assistência e não um campo de sistematização de conhecimentos:

É como prática de saúde, como forma de prestação de serviços, *antes que como um campo sistematizado de princípios* que a Medicina Comunitária se origina nos Estados Unidos e se difunde para as sociedades dependentes com o suporte das Agências internacionais tais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (...). Na América Latina a difusão do projeto ganhou corpo na década de 1970 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais (DONNANGELO 1976, p. 85).

O trabalho do Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS para adequar a assistência segundo essas novas bases encontra-se expresso nas recomendações difundidas nas décadas de cinquenta e sessenta. A impossibilidade de contar com um número razoável de profissionais para o tratamento psiquiátrico nos países em desenvolvimento, levou à conclusão de que somente a aplicação preventiva dos conhecimentos psiquiátricos resultaria em efetivas soluções (OMS 1953, p. 6).

Algumas etapas são sugeridas para o desenvolvimento de serviços comunitários: as atividades “extra-muros” de caráter preventivo e educacional e a implantação do tratamento ambulatorial. A equipe médico-social, munida de uma nova concepção de enfermidade mental, estaria então apta a utilizar novas técnicas para cumprir o programa de prevenção, tratamento e assistência. O objeto das medidas sanitárias e sociais não deveria ser a segregação dos incapacitados para o convívio social, mas oferecer a todos um lugar na sociedade de acordo com suas necessidades e aptidões (OMS 1955, p. 4).

As possibilidades de medidas preventivas em psiquiatria são problematizadas, uma vez que os conhecimentos patológicos, nos quais a prevenção poderia se basear, procediam diretamente das experiências acumuladas no tratamento de pessoas doentes.

A saúde mental encontra-se até o momento em situação de inferioridade em relação à higiene em geral. Em primeiro lugar, a prevenção das doenças mentais supõe quase sempre um processo complicado, demasiado delicado e lento para ser confiado a pessoas sem alto grau de especialização. É preciso reconhecer que nem sempre basta eliminar uma causa de transtornos para fazer desaparecer ao mesmo tempo seus efeitos patogênicos, que podem estar relacionados a alterações secundárias do cérebro ou da personalidade. A maioria dos transtornos mentais tem múltiplas causas, e esta pluralidade permite sustentar teorias muito diferentes que resultam em conselhos práticos contraditórios (OMS 1957, p. 5-6).

Para uma extensão das possibilidades preventivas em saúde mental, um Comitê de Especialistas (OMS 1957, p. 5-6) recomenda medidas rápidas

e de fácil aplicação, sem a exigência de pessoal técnico altamente especializado:

- evitar as carências e as privações afetivas precoces;
- promover apropriadas intervenções no meio social, material e afetivo (lar, escolas e locais de trabalho);
- oferecer conselhos prudentes acerca da vida sexual e matrimonial;
- fornecer orientação fisiológica, psicológica e social.

Ações para evitar ou minimizar os fatores que causam a reincidência das enfermidades deveriam ser adotadas. Interessavam à saúde pública por favorecerem uma redução do número de hospitalizações e aliviarem os custos financeiros imputados à sociedade pelas enfermidades mentais (OMS 1957, p. 7).

O desenvolvimento da saúde mental estaria intimamente ligado ao progresso da terapêutica psiquiátrica: o tratamento prematuro dos transtornos mentais passa a ser considerado como preventivo e o progresso das técnicas terapêuticas poderia contribuir para criar condições favoráveis para uma prevenção eficaz (OMS 1957, p. 8).

Surge a noção de “psiquiatria social” para designar o conjunto de medidas preventivas e curativas que têm por objeto a *adaptação* do indivíduo a uma vida satisfatória e útil em seu meio social. O termo começa a ser utilizado para referir-se, também, às ações empreendidas para facilitar o acesso, das camadas menos favorecidas até então, a uma assistência psiquiátrica completa (OMS 1959, p. 3 e 5).

Esperava-se que a relação entre o psiquiatra e a coletividade seria intensificada com o progressivo desenvolvimento da psiquiatria social, com o estabelecimento de consultórios psiquiátricos nos hospitais gerais e serviços de consulta domiciliar. Almejava-se, dessa forma, que o psiquiatra cumprisse uma *função educativa*. Para tanto, a formação médica deveria capacitá-lo a

compreender as causas dos preconceitos contra os doentes mentais e, conseqüentemente, a contribuir para neutralizá-los (OMS 1957, p. 35).

Ao psiquiatra atribui-se uma função até então alheia ao campo da clínica. A experiência do movimento da Higiene Mental, em curso desde as primeiras décadas do século XX, torna-se a principal referência. A proposta de uma psiquiatria preventiva nas décadas de cinqüenta e sessenta levou, portanto, à incorporação de conhecimentos de outras áreas: a vertente educativa da Higiene Mental, os avanços da medicina social e as contribuições das ciências humanas, das ciências sociais, da psicologia médica e as denominadas psicoterapias:

A ciência da saúde pública reveste-se de um duplo aspecto; de um lado dedica-se a proteger a população dos fatores patogênicos e, de outro, a criar um estado de saúde “positiva”, fortalecendo a resistência da população a estes fatores. Com a higiene mental ocorreu algo semelhante, se bem que compreendeu há um bom tempo que, nesta matéria, a ação sanitária não era inteiramente uma ação médica, senão que tinha importantes aspectos sociais. Como conseqüência, a higiene mental influenciou de maneira considerável na formação de um conceito mais amplo das funções da saúde pública. Por outro lado, no desenvolvimento da higiene mental têm exercido uma influência poderosa os progressos e teorias das ciências sociais e em particular da medicina social (OMS 1961b, p. 6).

O termo “higiene mental” passou a designar, a partir de então, atividades e técnicas preventivas e de promoção da saúde, deixando, portanto, de referir-se estritamente ao movimento empreendido no início do século XX.

NUNES (1994), em estudo centrado na América Latina e no Brasil, coloca em evidência que as raízes do campo da saúde coletiva devem ser situadas nos projetos preventivistas e da medicina social, que se estenderam a partir dos anos cinqüenta. Nessa trajetória histórico-conceitual a propósito da saúde coletiva, propõe a existência de três fases: a primeira, denominada pelo autor de “pré-saúde coletiva”, estende-se da segunda metade dos anos cinqüenta até o início da década de setenta; a segunda,

vigente até o final dos anos setenta, adota e reforça a perspectiva de uma “medicina social”; a partir de 1980, segundo o autor, teria início a terceira fase, com a estruturação do campo da “saúde coletiva” (p. 5).

Seguindo a análise de NUNES (1994), a primeira fase foi marcada pela instauração de um projeto preventivista, cuja emergência, na América Latina, denunciava a crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática. As reformas defendidas aparecem estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico, e não a uma reforma das práticas médicas propriamente. O modelo da medicina integral, numa apropriação da expressão “comprehensive medicine”, aparece, na versão latino-americana, colocando ênfase na medicina de família “integrada” no plano da comunidade. No plano do conhecimento, abre-se espaço para conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos, com a inclusão, nos cursos de medicina, de temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços e bioestatística. No plano político-ideológico, o projeto preventivista se expressa na denominada medicina comunitária, e seus desdobramentos, como os programas extra-muros (NUNES 1994, p. 6-7).

Na década de setenta surgem, segundo este autor, importantes questionamentos às formulações e às práticas que, na década anterior, haviam confrontado o modelo médico hegemônico. Os estudos produzidos neste momento incluíam também uma discussão sobre as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública. A própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), que estimulava a difusão do pensamento preventivista, questiona, em documento publicado em 1974, sua efetiva implementação no plano da assistência: na experiência latino-americana, a integração com a comunidade encontrava-se fundamentada em esquemas artificiais e desvinculados dos serviços existentes (NUNES 1994, p. 8-9).

Nos anos iniciais desta década, ocorre uma fecunda produção teórica sobre as relações entre saúde e sociedade. NUNES (1994, p. 12) destaca

que, no Seminário realizado em 1972 pela OPS, no Equador, emerge com força o paradigma marxista de análise. Do mesmo modo, adquire importância a corrente estruturalista, representada pelos trabalhos de Foucault e Lévi-Strauss. No campo da psiquiatria, os trabalhos de Basaglia, Castel, Laing e Cooper.

O modelo da atenção psicossocial em saúde mental começa a se estruturar neste contexto dos anos setenta. Conforme visto em capítulo anterior deste trabalho, a OMS divulga o Novo Programa de Saúde Mental (SARTORIUS 1978), o qual procura se alinhar às resoluções adotadas, em 1974, na Assembléia Mundial da Saúde, dentre as quais, a determinação de que os fatores psicossociais deveriam ser considerados, prioritariamente, nos programas de saúde e nos planos sanitários. Nesta reorientação, as atividades relativas à saúde mental teriam de ser incluídas nos serviços gerais de saúde e nos planos gerais para o desenvolvimento sócio-econômico. Tal medida apresentava-se como a única forma possível de solucionar os problemas decorrentes da escassez de recursos, inclusive humanos. Contudo, poderia ser estratégica para acabar com o estigma da psiquiatria: o de ser uma disciplina isolada, e de pouco significado para a saúde pública. Como responsável pela Saúde Mental na OMS à época, e autor do documento que estabelece os parâmetros desta nova política, SARTORIUS indica a postura a ser adotada nessa nova inserção, agora ampliada, nos serviços de saúde:

Se os profissionais da saúde mental devem colaborar com os serviços gerais de saúde, devem considerar tanto os elementos psicológicos da enfermidade somática, como os transtornos mentais. Deverão provar que são eficazes nas condições geralmente presentes em tal sistema, e não se manter à parte, como especialistas no tratamento de estranhos e misteriosos estados anímicos (SARTORIUS 1978, p. 66).

CIRINO (2001, p. 77) analisa as duas noções que passam a orientar este modelo de assistência, firme no propósito de estabelecer uma ruptura com noções advindas do discurso higienista. O termo “atenção” inauguraria uma nova dimensão ao tipo de cuidado, não restrito à remissão do sintoma

psicopatológico. O termo “psicossocial” revelaria as duas vertentes incluídas nesta atenção, o social e o psíquico, numa tentativa incessante de reintegrá-las e de conceber o sujeito como uno: o social incluiria a família e o trabalho; a dimensão psíquica, a subjetividade e a criatividade.

Este modelo seria resultante, também, de movimentos sociais e políticos que têm suas origens na luta contra as práticas de violência institucional. Neste contexto, a assistência somente poderia ser transformada com um novo ordenamento nas relações entre cidadania e justiça (CIRINO 2001, p. 77).

O paradigma da cientificidade e sua incidência na clínica

Ao discutir o jogo de determinações entre a medicina como prática técnica e a medicina como prática social, DONNANGELO (1976, p. 15) reafirma que a medicina enquanto prática técnica responde a “exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui”. Tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mas participam também do dimensionamento do objeto ao qual ela se aplica.

Para desenvolver sua análise, DONNANGELO (1976, p. 15-16) estabelece uma distinção entre a medicina enquanto campo de saber científico, marcado por sucessivas transformações decorrentes do avanço das ciências biológicas, e a medicina como prática. Assinala, em primeiro lugar, que prática, enquanto ato terapêutico, não se confunde com a elaboração de uma ciência, pois tem uma especificidade ao intervir sobre um objeto particular:

A clínica não é uma ciência e nunca será uma ciência, inclusive quando utiliza meios cuja eficácia esteja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e esta é uma técnica de instauração e restauração do normal cujo objetivo, a saber

a satisfação subjetiva de uma norma que está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo. *Não se ditam cientificamente normas para a vida* (CANGUILHEM 1971, citado por DONNANGELO 1976, p. 16, grifos nossos).

A clínica, nessa sua articulação com a produção de princípios e técnicas científicas, reorganiza o campo em uma vertente mais próxima à visão do terapeuta. Portanto, a forma pela qual o ato médico se estrutura permite apreendê-lo em sua relativa independência frente àqueles princípios e técnicas. Tem-se a instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática. Essa especificidade da clínica como ato parece indicativo de que, em suas relações com a ciência biológica, este mesmo ato a precede tanto quanto a fundamenta (DONNANGELO 1976, p. 16).

Recorrendo às diversas fases de sistematização do campo da clínica, desde sua constituição como campo de saber antes das descobertas do século XIX, e baseando-se nos estudos de Foucault, a autora tem como objetivo sugerir que a “tendência à indistinção analítica entre ciência e prática médica cientificamente fundada leva frequentemente a ignorar a especificidade dos meios de trabalho médico para reduzi-los a um conjunto de recursos tecnológicos e, mais do que isso, de tecnologia material” (DONNANGELO 1976, p. 19).

As modificações na clínica psiquiátrica no decorrer da segunda metade do século XX resultam, em parte, de sua abertura ao espaço social. No entanto, parece adquirir especial importância nesse processo a adoção de novos referenciais teóricos e a incorporação de novas tecnologias.

A tendência biológica, organicista ou genética, esteve presente desde a origem da psiquiatria. Observa-se que a aspiração de se demonstrar a causalidade biológica da doença mental encontrou nos avanços da ciência um importante terreno de sustentação. Sob influência da psiquiatria biológica, dos conhecimentos sobre o funcionamento cerebral, da função dos neurotransmissores e das sinapses, modelos biológicos são

criados para explicar as psicoses e os transtornos neuróticos. A etiologia parece ficar extremamente reduzida à genética. Essa perspectiva modifica a nosografia, a semiologia e a terapêutica.

Os avanços das neurociências vêm coroar definitivamente esse pressuposto, ao valorizar as bases fisiológicas do funcionamento da mente. Suas descobertas têm sido incorporadas para a explicação de fenômenos antes situados no campo da subjetividade:

Utilizadas em combinação com a neurociência cognitiva, as técnicas de imagem oferecem cada vez mais possibilidades de identificar as regiões específicas do cérebro que são utilizadas para distintos aspectos do pensamento e das emoções (....). O cérebro é responsável por combinar a informação genética, molecular e bioquímica com a informação procedente do mundo exterior (OMS 2001, p. 5).

AFLALO (2004, p. 3) considera que a crescente e sofisticada possibilidade de se aplicar os conhecimentos epidemiológicos aos transtornos psiquiátricos inspira e fortalece a clínica apoiada nas classificações. Os fatores de risco são estudados por meio da prática de questionários, cujo objetivo é quantificar, codificar e observar um comportamento atual. Os sintomas são decompostos em pequenas unidades de comportamento e cognição visando detectar-se, desta maneira, as que apresentam uma significação constante, sendo o diagnóstico estabelecido em torno do critério de frequência. Segundo a autora, “normaliza-se o indivíduo no seio de uma categoria”, desconsiderando-se a impossível definição de “norma mental”.

Pode-se constatar o esforço em estabelecer, através de uma linguagem universal, parâmetros que auxiliem na indicação das terapêuticas mais apropriadas a cada um dos transtornos. Neste sentido, pode ser interrogado se a estes ditos avanços científicos tende-se imprimir certa posição de superioridade em relação aos fundamentos que devem sustentar a clínica e o ato terapêutico. Se esta lógica acompanha o campo geral da medicina, como entendê-la a propósito da psiquiatria, cujo objeto,

historicamente, introduz um diferencial em relação a outras especialidades médicas?

O espaço da assistência tem se organizado de modo cada vez mais especializado, proporcionando a efetivação de uma clínica padronizada por intervenções universais embasadas em protocolos. Essa atual configuração resulta do retorno da psiquiatria no campo da medicina propiciado pela eficácia dos novos medicamentos e pelos progressos da biologia. LAURENT considera que, neste retorno, a psiquiatria não se restringe simplesmente a colocar a doença mental na ciência e encerrar o problema. Ao contrário, o fortalecimento da psiquiatria, enquanto especialidade médica, acompanha a fabricação de novas normas para o patológico:

Prova disto é a constituição da clínica sobre a aglutinação de monossintomas: transtornos pós-traumáticos, anorexia-bulimia, transtornos obsessivo-compulsivos, depressões, ou desordens de identidade. Desta forma, vemos aparecer uma classificação extremamente estranha por sua extensão e pela natureza daquilo que aí se inclui. Em certo sentido, temos a sensação de redução extrema da clínica a alguns simples traços (LAURENT 2000, p. 8).

O modelo de assistência pressupõe, nas últimas diretrizes da OMS, um uso racional das intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, combinadas com alternativas *clínicamente válidas, equilibradas e integradas* (OMS 2001, p. 55).

Dentre estas alternativas, as psicoterapias, definidas como “intervenções planejadas e estruturadas, com as quais se pretende obter modificações no comportamento, no estado de ânimo e nos modelos emocionais de reação a diferentes estímulos”. Indicam-se as de eficácia comprovada no tratamento dos transtornos mentais: a terapia comportamental, a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as terapêuticas de apoio.

A terapia comportamental consiste na aplicação de princípios psicológicos de *base científica* para a solução de problemas clínicos. Baseia-se nos princípios da aprendizagem. As intervenções cognitivo-comportamentais visam modificar os modelos de

pensamento e de comportamento mediante a prática de novas maneiras de pensar e atuar (OMS 2001, p. 61 grifos nossos).

Critérios como eficácia e validade científica, vigentes no corpo social e na própria organização da assistência em saúde, são transferidos para o campo da saúde mental sem a necessária reflexão sobre seu objeto. Esta discussão fica excluída mediante o interesse em atender a demanda por tratamentos, farmacológicos ou psicoterápicos, que possam reduzir os sintomas o mais rapidamente possível, com menor custo e perda de produtividade.

7.5 Análise das principais temáticas nas recomendações da OMS

O conjunto de medidas para a infância formuladas nessas recomendações mereceria ser analisado em função de aspectos que não se restringem ao campo da saúde mental exclusivamente — seus fundamentos teóricos ou possibilidades de intervenções terapêuticas. Torna-se evidente a determinação de aspectos econômicos, políticos, ideológicos e sociais, tanto na configuração dos objetos de preocupação ou intervenção, quanto na maneira como se configura a relação entre saúde e sociedade.

Indica-se reiteradamente que as situações locais, de cada país ou região do mundo, devem ser consideradas na execução das políticas governamentais, destacando-se os aspectos culturais e o estágio de desenvolvimento econômico e social. No entanto, observa-se o esforço em produzir orientações gerais, medidas abrangentes e viáveis em função de recursos financeiros e humanos. Enfim, um discurso que pretende aplicabilidade ampla e universal.

A pretendida extensão das intervenções envolve outros dispositivos sociais, além dos serviços especializados em saúde. No caso da infância, dois recursos tornam-se prioritários: a escola e os serviços de atenção

primária. A estrutura organizacional destes equipamentos, consolidados na maioria dos países, supostamente favorece a inclusão de medidas preventivas e de intervenção precoce, as quais encontram-se reiteradamente afirmadas como principais modelos de política pública em saúde mental. As conseqüências dessa orientação, que inclui profissionais de outras áreas, sobretudo pediatras ou professores, não serão aqui analisadas, apesar de apontarem uma importante problemática que diz respeito à operacionalização dessas medidas e seus resultados.

Nas recomendações, verificam-se preocupações tais como: delinqüência, separação de crianças de suas famílias, privação dos cuidados maternos, desintegração familiar, exposição a situações desfavoráveis ou fatores de risco (pobreza, violência urbana e doméstica, conflitos e desastres). Questões que transcendem as possibilidades, explicativas ou de intervenção, das disciplinas que compõem o campo da saúde mental.

Como decorrência desta visão ampliada dos problemas e das causas dos mesmos, tem-se, paradoxalmente, uma fragmentação do próprio objeto de intervenção da saúde mental. Ou seja, a tentativa de contemplar a saúde mental na perspectiva do coletivo, por meio de uma priorização de problemáticas as mais abrangentes possíveis, dissolve o específico que os recursos teóricos e clínicos do campo da saúde mental pode abarcar.

Dentre os vários aspectos presentes nas recomendações, decidiu-se empreender uma análise de algumas temáticas, não necessariamente as mais recorrentes, mas aquelas que suscitaram interrogações e reflexões. As temáticas escolhidas para análise, com será evidenciado a seguir, originaram-se, basicamente, no contexto do movimento da Higiene Mental, ou ainda, em circunstâncias históricas que o antecederam.

A família como ponto de apoio e alvo das intervenções

DONZELOT (1986) indica que, na aliança entre a família burguesa e o discurso médico, desde as últimas décadas do século XVIII até o final do século XIX, evidencia-se um fortalecimento do lugar da mulher, enquanto mãe: “o médico prescreve, a mãe executa” — uma síntese da visão do higienista Fonssagrives, presente em seu *Dictionnaire de la santé* (1876). Esta ligação entre o médico e a família burguesa, segundo DONZELOT (1986, p. 23-24), reorganiza a vida familiar em pelo menos três direções:

- 1 O fechamento da família contra as influências negativas do antigo meio educativo, os métodos e preconceitos dos serviçais, os efeitos das promiscuidades sociais;
- 2 A constituição de uma aliança privilegiada com a mãe, em função de sua utilidade educativa;
- 3 A utilização da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa, e o hábito do internato.

Posteriormente, a atenção se volta para a situação das crianças nascidas em famílias populares, expostas ao excesso de liberdade, ao abandono nas ruas e ao perigo. Devido a exigências sociais e econômicas, interessa dar apoio a esse segmento, tendo-se, assim, a extensão do controle médico sobre a criação dos filhos destas famílias. Em 1865, surgem as primeiras sociedades protetoras da infância em Paris e em Lyon que adotam como principal objetivo aperfeiçoar os sistemas de educação, os métodos de higiene e a vigilância das crianças das classes populares (DONZELOT 1986, p. 33).

Esta medida incorpora a mãe de família popular na condição de nutriz, tarefa pela qual pode obter uma remuneração do Estado. Ao mesmo tempo, esta mãe, no desempenho dessa função, fica submetida ao controle médico-estatal. Portanto, na realização de suas tarefas encontra-se exposta a uma vigilância de seus supostos desvios.

Por causa desse *status* de nutriz, o vínculo que a liga a seu filho permanecerá, por muito tempo, suspeito de desmazelo, de abandono, de interesse egoísta, de incompetência irremediável:

herança de um confronto entre a mulher popular e a assistência do Estado (DONZELOT 1986, p. 34).

A segunda metade do século XIX inscreve-se, portanto, sob o signo de uma aliança decisiva entre um feminismo de promoção da mulher burguesa e a filantropia, dirigida às classes populares, que luta contra as casas de tolerância e a prostituição.

Diante da evidência de que muitas crianças abandonadas são filhos legítimos de famílias sem possibilidades financeiras para prover seus cuidados, adota-se como projeto oferecer condições para que uma verdadeira vida de família, nas classes operárias, pudesse ser instalada. Esta estratégia de “familiarização” das camadas populares tem como suporte a mulher, a quem se concedia instrução primária, ensino da higiene doméstica, habitação social (DONZELOT 1986, p. 42). Condições que poderiam assegurar o lugar da mulher nesse projeto de constituição e manutenção da família, de interesse para o fortalecimento da força de trabalho e para o controle das desordens sociais.

A preocupação com o educacional, que incide sobre a família moderna, não se estabelece de igual maneira nas famílias das distintas classes sociais. Seguindo a análise de DONZELOT, em torno da criança, a família burguesa traça um “cordão sanitário”, no qual o desenvolvimento do corpo e do espírito será encorajado por todas as contribuições da psicopedagogia. Para a criança da família popular, o modelo pedagógico assemelha-se mais a uma “liberdade vigiada”, na qual o excesso de liberdade e o abandono nas ruas devem ser combatidos por um controle nos espaços de maior vigilância: a escola ou a habitação familiar.

No final do século XIX e início do século XX, leis são promulgadas a fim de organizar progressivamente a soberania daquelas famílias consideradas “moralmente insuficientes”, de acordo com a visão de instituições filantrópicas, magistrados e médicos especializados na infância.

Surgem, assim, os assistentes sociais, os educadores especializados e os orientadores, reunidos em torno de uma missão civilizadora do corpo social. Esses trabalhadores sociais inserem-se nas instituições judiciárias, assistenciais e educativas. O domínio de intervenção é comum: no interior das camadas menos favorecidas da população, o alvo é a “patologia da infância”, nas suas duas principais manifestações: a infância em perigo, excluída dos benefícios da criação e da educação, e a infância perigosa, a da delinqüência (DONZELOT 1986, p. 80 e 91-92).

Entre estas formas de intervenção do Estado na vida familiar, ou da ingerência do público no privado, que se estabelecem no final do século XIX, e as ações da Higiene Mental, empreendidas nas primeiras décadas do século XX, existem correspondências. Nota-se, ainda, que a delinqüência, isolada como uma “patologia” da infância, torna-se não somente um dos principais alvos de intervenção dos higienistas, como figurará nas recomendações preconizadas pela OMS na década de cinqüenta.

O pensamento higienista procura inserir-se no seio familiar através de práticas educativas, tentando coibir futuros desajustamentos sociais de seus filhos ou evitar a delinqüência. A transmissão de conhecimentos psicológicos torna-se um dos recursos para atingir este propósito. PERESTRELLO (1953), em publicação brasileira realizada pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Educação e dirigida ao público em geral, orienta que a educação que os pais dispensam às crianças pode determinar uma vida feliz ou “criaturas desgraçadas, psicopatas, alcoólatras, criminosas, desajustadas na sociedade” (p. 14).

Tendo por título “Almas infantis”, este livro discorre sobre as mais variadas atitudes das crianças e a maneira como devem ser interpretadas e tratadas pelos pais, de modo a promoverem assim o desenvolvimento máximo da personalidade de seus filhos, evitando-lhes assim problemas psíquicos futuros. A intenção, aparentemente, é despertar nos pais uma

atitude “terapêutica e compreensiva” em relação às necessidades e características da criança.

Esse projeto comporta ainda o que poderíamos denominar de um processo intenso de “institucionalização” da criança, através de uma determinação de seu lugar no discurso da educação e nas teorias sobre o desenvolvimento, que traçam o seu porvir. Os desvios devem ser corrigidos para recolocar o pequeno ser nos trilhos do seu destino, adaptando-o, por fim, a um meio ambiente supostamente bom.

Nesse discurso, o investimento na criança traz a marca de um interesse particularizado: a tentativa de garantir um adulto capaz de estabelecer relações harmoniosas, evitando-se, assim, desordens no laço social. A delinqüência juvenil, longe de ser problematizada à luz das condições sociais e econômicas, resulta de um desvio do comportamento e do fracasso familiar. Tal como podemos identificar nas primeiras recomendações da OMS, essa “patologia da infância” persiste como alvo de preocupação e torna-se um problema da psiquiatria infantil, cuja tentativa de entendimento se desdobrará em inúmeras pesquisas.

Cuidados maternos e saúde mental

No contexto do pós Segunda Guerra, em abril de 1948, a Comissão Social das Nações Unidas procedeu à realização de estudos sobre as necessidades das crianças sem lar — órfãs ou separadas de suas famílias. A OMS sugeriu que aspectos relacionados à saúde mental fossem incluídos, sendo John Bowlby, psicanalista da Clínica Tavistok, em Londres, designado responsável pelo tema. Sua monografia foi publicada originalmente pela OMS em 1950, com o título “Cuidados maternos e saúde mental”.

Trata-se de uma revisão bastante extensa de trabalhos concluídos, ou em curso, dedicados ao estudo dos efeitos da institucionalização de crianças

e da separação da mãe. Contempla também investigações realizadas pelo próprio BOWLBY²². Fundamentado em referenciais teóricos diversos — psicanálise, teoria da aprendizagem, medicina e biologia —, e apoiado nos dados obtidos destas diversas fontes, este autor apresenta sua tese fundamental: “a privação prolongada dos cuidados maternos pode ter efeitos graves e de longo alcance sobre a personalidade de uma criança pequena e, conseqüentemente, sobre toda sua vida futura” (2002 p. 45).

Três tipos de experiência podem produzir uma personalidade incapaz de afeição e delinqüente: falta de qualquer oportunidade para estabelecer ligação com uma figura materna nos três primeiros anos de vida; privação por um período limitado — mínimo de três e provavelmente mais de seis meses — nos primeiros três ou quatro anos; e mudanças de uma figura materna para outra durante o mesmo período.

Mediante tais conclusões, duas indagações são colocadas em função da possibilidade de reversão. A primeira refere-se ao tempo limite dentro do qual o retorno do cuidado materno pode ter algum efeito sobre os danos causados pela privação ocorrida nos primeiros meses de vida — o êxito na adoção de bebês indica que os efeitos da privação precoce podem ser minimizados. A segunda refere-se às possibilidades de tratamento — a psiquiatria da época era unânime em afirmar a dificuldade na abordagem de pessoas de personalidade incapaz de afeição e delinqüente, em função justamente da impossibilidade de estabelecimento de vínculo, premissa para um bom resultado terapêutico. Para BOWLBY, as evidências pareciam

²² A importância da qualidade dos cuidados parentais nos primeiros anos de vida na saúde mental futura era uma tese bastante aceita à época, a partir dos estudos realizados desde a década de 1930. O relatório de Bowlby centra-se nos efeitos da *privação da mãe*, entendida como a ausência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a criança, provocada tanto por um afastamento ou separação efetiva, ou incapacidade de a mãe, mesmo presente, poder assim realizá-la. O papel do pai não foi considerado nas análises, pois todos os estudos centravam-se na relação mãe/criança. A metodologia empreendida por Bowlby na análise dos estudos e experiências contemplava variáveis como: idade da criança, tempo de privação, condições após separação da mãe (permanência em instituições, lares substitutos, adoção), características da privação (total, parcial ou temporária).

sugerir que a única medida com possibilidade de sucesso era colocar a criança morando com um adulto competente para lidar com o problema, disposto a dedicar-se integralmente a ela (2002, p. 50). Alguns outros pesquisadores chegaram a propor ou mesmo adotar um método de tratamento que consistia em permitir à criança regredir totalmente ao comportamento de um bebê. Tal procedimento era entendido como uma possibilidade de voltar a se desenvolver normalmente por melhores caminhos²³.

Os pressupostos teóricos que embasam as proposições de Bowlby são a capacidade de adaptação, como condição fundamental do humano, e o papel que assume a mãe como organizador da mente da criança. O desenvolvimento da personalidade culmina com a possibilidade de o indivíduo pensar abstratamente, tornando-se capaz de controlar o desejo momentâneo, em benefício das suas necessidades fundamentais mais duradouras. Durante esse processo, sempre conflitante, há um aprendizado de como harmonizar as ações em função de um objetivo. O tipo e grau do distúrbio psicológico conseqüente à privação dependem da fase de desenvolvimento.

BOWLBY (2002 p. 53) propõe uma analogia, dessas suas teorias, com os resultados de pesquisas realizadas com embriões: os danos de um ataque serão determinados pela capacidade de reação do tecido, em função de seu estágio de diferenciação. A mãe, “por sua simples presença e ternura”, agiria como um organizador da mente da criança; no entanto, tal como o “organizador químico”, esta ação é limitada ao período em que a personalidade da criança está pouco formada — provas indicavam que uma conclusão não satisfatória do desenvolvimento, até o primeiro ano de vida, dificultaria extremamente o processo ulterior.

²³ Uma experiência desenvolvida na Casa de Crianças em Ska, Estocolmo, é um exemplo desta orientação: as crianças eram encorajadas a se tornar extremamente dependentes da “mãe da casa”, sendo-lhes permitido regredir a comportamentos muito infantis, tais como alimentar-se na mamadeira. Outras experiências similares foram empreendidas nos Estados Unidos.

Nos anos posteriores da vida da criança, a mãe funcionaria como sua “personalidade e consciência”. O pai adquire um papel secundário no desenvolvimento psicológico da criança; porém sua presença torna-se fundamental para propiciar as condições materiais e o apoio emocional à mãe para que possa manter um clima de harmonia e satisfação, no qual a criança deveria se desenvolver (BOWLBY 2002, p. 5-6).

Objetivando criar condições para o desenvolvimento mental sadio das crianças, esse relatório sugere uma série de medidas preventivas da privação. Sua principal recomendação consiste na oferta de condições para que a família permaneça unida, a fim de cumprir sua tarefa de transmissão do amor materno, através dos cuidados dispensados à criança. Analisa as causas do fracasso familiar: condições sociais e econômicas, presença de doenças crônicas ou desequilíbrio mental nos pais, situações impostas por calamidades ou guerras, separação, divórcio ou, ainda, mães trabalhando em tempo integral.

Nessa perspectiva, prevenir a privação materna significa a prevenção do fracasso familiar, através da adoção de programas de auxílio econômico, médico e social. Mediante a impossibilidade de manutenção da família original, ou quando já se encontra desfeita, as medidas de prevenção incluem lares ou famílias substitutas, e a institucionalização das crianças em condições especiais (BOWLBY 2002, p. 78-162). Por fim, todo serviço de assistência à criança deveria ser, em primeiro lugar, um serviço que oferecesse auxílio aos pais para proporcionarem uma vida familiar estável e feliz a seus filhos, e a preparação da mulher para ser uma boa mãe. Ainda, deveria ser de responsabilidade desses serviços: auxiliar a mãe solteira a decidir por uma adoção, ou criar um lar adequado a seu filho, identificar parentes ou vizinhos para substituir os pais numa emergência, providenciar locais permanentes para as crianças, quando todas as outras alternativas falhassem (BOWLBY 2002, p. 179).

Essa monografia de Bowlby, amplamente difundida, adquire importância extrema, e reforça medidas de proteção à infância, fundamentadas pelo axioma da privação materna como componente da etiologia dos transtornos mentais. Reforçou a criação de medidas de sustentação à mãe e à família, visando evitar a privação ou a insuficiência dos pais nas suas funções. Chamou a atenção, ainda, para os inconvenientes da assistência impessoal nas instituições e nas situações de hospitalização.

A monografia de Bowlby é sem dúvida uma das mais satisfatórias da história da OMS: dela foram vendidos mais de 450.000 exemplares, com tradução para, ao menos, 12 idiomas (...). Para os níveis da época, Bowlby escreveu um excelente documento do ponto de vista humano e científico. Suas idéias, por vezes mal interpretadas, provocaram fechamento desnecessário de algumas instituições e sentimento de culpabilidade nas mães que, ao sair para trabalhar, deixavam seus filhos com outras pessoas perfeitamente satisfatórias. Porém, em seu conjunto, a obra de Bowlby provocou grandes melhorias na atenção às crianças nos hospitais e em outras instituições (GRAHAM e ORLEY 1997, p. 278).

A proposição fundamental de Bowlby, de que a privação dos cuidados maternos resulta em grave deficiência afetiva ou em uma personalidade delinqüente, será alvo de críticas por parte de vários autores. Em 1963, a OMS publica uma série de artigos que colocam em questão desde a imparcialidade de BOWLBY, na análise das pesquisas nas quais sua monografia baseou-se, até os fundamentos teóricos por ele adotados para sustentar suas próprias teses. Artigos que fazem uma nova revisão dos estudos realizados, que analisam o conceito de privação materna a partir de referências da psiquiatria, ciências sociais e antropologia cultural.

Nessa publicação da OMS, PRUGH e HARLOW (1963) apresentam um estudo sobre a importância da privação afetiva dissimulada e sutil, uma “privação encoberta”, que pode sofrer uma criança cujas relações com os pais são normais em outros aspectos. ANDRY (1963) introduz a hipótese de que um “fator patogênico paterno” provavelmente teria maior influência na delinqüência do que os efeitos de uma “privação da mãe”. Após uma revisão

detalhada de todas as críticas dirigidas ao relatório “Cuidados maternos e saúde mental”, WOOTTON (1963) assim sintetiza sua posição:

Sem dúvida, estes estudos já produziram excelentes resultados práticos, pois têm estimulado muitas autoridades das instituições infantis e dos hospitais a melhorar suas normas nesta área. Entretanto, ainda que condições desfavoráveis subsistam, as crianças sofrem o dano segundo o temperamento e circunstâncias de cada um, de maneira distinta e em diferente grau. Eventualmente, a privação manifesta-se através de uma conduta bem definida de indiferença mediante tudo que não seja o próprio sujeito, sendo que o roubo freqüente é uma de suas expressões. E isto é tudo que se pode afirmar. Que o transtorno seja permanente ou irreversível, ou que a privação materna seja um fator fundamental no comportamento delinqüente, são hipóteses ainda não demonstradas (WOOTON 1963, p. 74).

Família e saúde materna apresentam-se como os componentes essenciais da saúde mental em sua vertente preventiva. Esse axioma persiste inalterado ao longo destes cinqüenta anos de recomendações. Versões cada vez mais modernizadas de ingerências da esfera pública na vida privada são propostas, subtraindo-se, da fundamentação dessas proposições, qualquer consideração das demandas dos sujeitos envolvidos ou mesmo uma discussão aprofundada sobre o próprio conceito de família.

Em nome de um saber sobre a etiologia da doença mental, difunde-se uma série de orientações que, no nível da experiência ou da assistência, não deixam de denunciar algo de impossível presente nesses projetos. Como garantir o não fracasso familiar, os filhos não desejados, a não ocorrência de divórcios, o treinamento para que uma mãe se torne suficientemente boa?

Se a ênfase no caráter e na conduta, explicitamente colocadas no discurso higienista, cedeu lugar a uma visão psicossocial dos problemas, esta nova “clínica da família” não deixa de incluir, de maneira até mais ampliada, comportamentos e atitudes. Tentativas de controle das transformações familiares persistem nas recomendações ao longo dos anos, tais como: a necessidade de os governos estarem atentos para a manutenção e continuidade das figuras paternas, evitem estruturas

parentais instáveis e descontínuas e promoverem medidas preventivas de nascimentos não desejados (OMS 1977). A inconsistência nos cuidados familiares, os conflitos intrafamiliares, disciplina e administração familiar ineficientes são alçados à condição de fatores de risco para a saúde mental da criança (OMS 2005, p. 12).

Nessa tarefa de gestão das desordens familiares, a saúde mental, por meio dos serviços de assistência, supostamente estaria convocada a promover o bom funcionamento da família, idealizado por meio de discursos que desconsideram as particularidades dos sujeitos envolvidos e o fato de que a família se constitui e se mantém por outros determinantes que vão além da sua postulada função natural de cuidar de seus filhos, tal como pretendeu Bowlby.

Prevenção dos transtornos mentais na infância

Como um dos componentes da assistência em saúde mental, a prevenção torna-se referencial central nas recomendações para políticas públicas. No entanto, sua aplicabilidade implica permanente debate, considerando que no processo de delimitação do objeto de prevenção evidencia-se, por vezes, a ausência de uma, correspondente e necessária, sustentação teórica e clínica apropriada.

Pode-se notar, por exemplo, certa insuficiência teórica, ou mesmo equívocos, nas propostas das primeiras décadas do século XX, cujas intervenções na infância visavam a profilaxia de transtornos mentais na fase adulta. Nos Estados Unidos²⁴, a experiência das clínicas de orientação infantil, estabelecida desde meados da década de 1920, serviu por muito

²⁴ Como visto anteriormente no Capítulo 5, entre 1921 e 1930, foram implantadas quase quinhentas clínicas de orientação infantil na América do Norte. Cada unidade tinha uma equipe central composta por um psiquiatra, um psicólogo e uma assistente social; esta equipe estimulava os pais, as escolas e as agências de saúde a encaminharem crianças “de conduta desordenada ou de comportamento estranho” (KANNER 1972, p.38).

tempo como modelo dessa orientação. O atendimento realizado por psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos comportava uma avaliação inicial da criança, com o subsequente planejamento de um programa de psicoterapia, que incluía os pais.

Esta experiência, que se prolongou até os anos 1970, foi analisada por ROBINS e JEGEDE (1981)²⁵. Esses autores indicam problemas ilustrativos do reduzido sucesso em relação aos objetivos pretendidos. As famílias, na maioria dos casos atendidos, apresentavam dificuldades de aderência ao tratamento e não seguiam as orientações de como educar ou se relacionar com seus filhos. Contudo, os problemas extrapolavam o âmbito de sujeição ao tratamento.

Quando um programa de avaliação foi implantado, através de grupos de depoimentos, os resultados foram desalentadores. Ainda, foram realizadas poucas iniciativas para verificar se a terapia resultara eficaz para reduzir os transtornos nos adultos. Havia, inclusive, a indicação, a partir de estudos realizados em 1978, de que a medida terapêutica não somente havia sido inútil, como talvez prejudicial.

A história do movimento de orientação infantil nos Estados Unidos pode servir como um alerta contra as pretensões exageradas de prevenir os transtornos mentais dos adultos mediante a intervenção na infância. Tendo por base a concepção psicanalítica de que a psicopatologia dos adultos tem sua origem na detenção do desenvolvimento psicosssexual, se supôs que prevenir ou tratar na infância as interrupções da maturação emocional, as crianças chegariam a ser adultos capazes de enfrentar as tensões da vida, adultos sadios e felizes, livres de problemas mentais (ROBINS e JEGEDE 1981, p. 143).

Essas “técnicas tradicionais de orientação infantil” foram cedendo lugar a outros tipos de tratamento com resultados efetivos a curto prazo. Os autores citam o uso de fármacos estimulantes e técnicas de modificação de comportamento para diminuir os problemas de conduta nas escolas; os medos e fobias reduziam-se mediante técnicas de relaxamento e de

²⁵ Este estudo constitui-se em um Capítulo de uma publicação da OMS destinada ao tema “Prevenção na infância dos problemas de saúde dos adultos”.

aproximação sucessiva do objeto temORIZANTE. Alertam, no entanto, que não havia evidência de que o uso destas técnicas “mais modernas” adquiriria um caráter de prevenção. Ao contrário, as técnicas de modificação de comportamento para tratar a rebeldia na escola, por exemplo, exigiam uma contínua reaplicação (ROBINS e JEGEDE 1981, p. 145).

Mediante tais evidências, esses autores indicam a investigação de novas medidas preventivas, agora relacionadas a fatores de exposição de risco de um possível desenvolvimento de transtornos mentais. Preservam a idéia de que o período da infância é determinante, porém sob outras bases:

Muitos transtornos psiquiátricos repetem-se nas mesmas famílias de tal forma que indicam a influência dos genes e ambientes infantis comuns. Outros se iniciam quase sempre com sintomas na infância, e há ainda aqueles que se associam com problemas perinatais e enfermidades infantis (ROBINS e JEGEDE 1981, p. 145).

Concluem que há uma série de iniciativas que poderiam reduzir os índices de enfermidades mentais no adulto, tais como: serviços de planejamento familiar de fácil acesso, em particular para os adolescentes; limitação das crianças aos fármacos psicoativos; bons lares substitutivos nas situações em que os pais não fossem adequados; atenção médica adequada para crianças e gestantes; elaboração de programas escolares específicos nos casos de atraso no aprendizado.

O projeto das Clínicas de Orientação Infantil, tal como indicam os autores que analisaram tal experiência, foi inspirado em “concepções psicanalíticas de que a psicopatologia dos adultos tem sua origem na detenção do desenvolvimento psicosexual”. As intervenções visariam, desta forma, impedir ou tratar as “interrupções desta maturação emocional”.

A incorporação destes conceitos analíticos por um programa clínico condicionado por objetivos específicos ilustra, ainda, as conseqüências da difusão da psicanálise e as divergências entre as correntes teóricas que se instalaram no seu campo. Esse ambicioso projeto de intervenções na

infância, visando a profilaxia para transtornos psiquiátricos na vida adulta, apóia-se na corrente psicanalítica inaugurada por Anna Freud.

O papel atribuído, pela teoria freudiana, às primeiras experiências do sujeito, e a hipótese sobre o papel dessas experiências, na formação das neuroses na vida adulta, são retomados para justificar uma intervenção em tempo real na infância. Ou seja, parte do pressuposto de que uma intervenção num determinado momento, supostamente localizável no tempo cronológico do desenvolvimento da libido e da estruturação das instâncias psíquicas, poderia garantir as boas bases para a formação da personalidade futura.

Essa leitura particular das concepções freudianas desconsidera aspectos fundamentais da temporalidade, tal como atribuída ao conceito de inconsciente, formalizado na teoria psicanalítica por meio de evidências da experiência clínica. O sujeito enquanto correlacionado com a infância somente pode ser evidenciado *a posteriori*, na sua tentativa, via palavra, de localizar os determinantes de sua existência ou de seu sintoma. Trata-se, portanto, da categoria do *infantil*, em Freud, como visto anteriormente no capítulo 2 dessa dissertação.

A possibilidade de prevenção da neurose é problematizada por Freud, em artigo de 1937, nos seguintes termos:

Partimos da questão de saber como podemos abreviar a duração inconvenientemente longa do tratamento analítico e, ainda com essa questão em mente, passamos a considerar se é possível conseguir uma cura permanente ou mesmo impedir uma doença futura através do tratamento profilático (FREUD 1937, p. 267).

A tarefa central apresentada em uma das partes deste artigo, denominado “Análise terminável e interminável”, consiste no empenho em estabelecer o que seria um final de análise. Freud investiga as possibilidades de uma análise evitar o surgimento posterior de uma doença futura, tendo o sujeito submetido-se a um tratamento anterior.

Responde essa questão retomando o percurso empreendido pela psicanálise para elucidar a causa das neuroses. A primeira tese, foi a do traumatismo, ou seja, a neurose seria decorrente de um acontecimento produzido na realidade, um mau encontro, uma experiência desastrosa, uma frustração que entrecruzou a libido do sujeito. A segunda tese colocou a causa da neurose como proveniente do interior: tratar-se-ia de um mau encontro com o interior, ou seja, a pulsão. E finalmente, a causa poderia estar situada entre o interior e o exterior, nessa zona intermediária, essa zona “tampão”, denominada eu ou ego (MILLER 1994, p. 19).

Seguindo esta tripartição freudiana — trauma, libido e ego — como introduzir a dimensão profilática na experiência do sujeito, se a causa provém ou de um real exterior — acontecimento traumático —, ou de um real interior — a pulsão? Resta a terceira fonte proposta como causa da neurose: o ego, sede dos mecanismos de defesa aos quais recorreria o sujeito para dar conta do conflito entre o princípio do prazer e o princípio da realidade.

FREUD, contudo, não demonstra otimismo quanto às possibilidades de investimento no ego a fim de evitar a constituição da neurose, como pode ser visto nessa outra passagem do já citado texto:

Não é possível fugir de si próprio; a fuga não constitui auxílio contra perigos internos. E, por essa razão, os mecanismos defensivos do ego estão condenados a falsificar nossa percepção interna e a nos dar somente uma representação imperfeita de nosso próprio Id (...). Os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. (...) Mas é certo também que eles próprios podem transformar-se em perigos. Às vezes se vê que o ego pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhes prestam (FREUD 1937, p. 270).

Apesar dessas considerações freudianas, a teoria de Anna Freud centrou-se na análise dos mecanismos atribuídos justamente a esta instância psíquica. O método proposto para o tratamento de crianças pode ser designado como uma análise pedagógica dirigida essencialmente ao

ego, a fim de fortalecer seus mecanismos de enfrentamento da pulsão. Medidas educacionais poderiam ser empregadas, por exemplo, para impedir que a criança se entregasse a uma satisfação desenfreada das pulsões, ou ainda para estimular ou cercear as conquistas do indivíduo em seu processo de maturação.

A educação psicanalítica, assim concebida, não conseguiu transformar-se na arma preventiva na qual pretendia se constituir. Conclusão essa, da própria idealizadora do método. Ao avaliar os efeitos, nas crianças submetidas a essa educação, constatou-se que elas não foram liberadas de angústias e conflitos, e não se encontravam menos vulneráveis a neuroses ou doenças mentais.

Surpresa que não teria razão de ser, caso certos autores, em vez de terem se deixado levar pelo otimismo e entusiasmo com respeito à ação preventiva, tivessem observado a estrita aplicação dos princípios psicanalíticos. Segundo estes princípios, não existe, no conjunto, prevenção da neurose (ANNA FREUD, citado por CIRINO 2001, p. 76).

As proposições de Anna Freud serviram para inaugurar a corrente norte-americana da psicanálise, a *egopsychology*. Para seus representantes, uma intervenção terapêutica deveria ser conduzida de modo a tratar as resistências instaladas no ego. Tal processo supostamente fortaleceria o indivíduo para enfrentar sua condição, de permanente conflito entre o mundo das pulsões e o mundo da realidade. O objetivo de um trabalho terapêutico seria a instauração de um “ego forte”, capaz de realizar, da melhor maneira possível, a função de adaptação do indivíduo ao seu meio. O início desse trabalho na infância supostamente teria efeitos na fase adulta, uma vez que o indivíduo é concebido no continuum da progressão de seu desenvolvimento. Essas são as bases nas quais encontraram apoio os programas empreendidos pelas Clínicas de Orientação Infantil implantadas nos Estados Unidos. Decorrem, portanto, de uma orientação específica que se afirmou no campo da psicanálise.

Essa experiência, que tentou associar a psicanálise a medidas preventivas, tornou-se referência somente nas recomendações do início da

década de cinquenta (OMS 1953, p. 8). A partir de então, as medidas preventivas estarão cada vez mais associadas à assistência materna e obstétrica, à nutrição, aos programas de imunização, enfim, à saúde materno-infantil.

EISENBERG (1993, p. 387-390) defende a idéia de que, apesar da impossibilidade de se prevenir todos os transtornos mentais, muitos podem ser evitados a partir da adoção de medidas comprovadamente eficazes. Seu estudo enumera e analisa, com detalhes, os bons resultados obtidos através do planejamento familiar, da atenção pré-natal, como a detecção de anomalias metabólicas congênitas que podem provocar alterações no sistema nervoso central, da adequada imunização na infância, da prevenção da desnutrição, dentre outras medidas.

Considera, no entanto, que se algumas intervenções protetoras poderiam comprovadamente prevenir certos transtornos psiquiátricos funcionais, não existiriam medidas similares, no nível da atenção primária, para a prevenção de enfermidades graves, como o autismo, as esquizofrenias infantis ou a depressão (EISENBERG 1993, p. 386). Nesse seu estudo, parte do pressuposto de que “a igualdade de direitos da mulher é decisiva para o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, e suas necessidades somente poderão ser satisfeitas em um mundo no qual a mulher goze plenamente dos direitos da cidadania” (p. 385).

8 CONCLUSÕES

Ao envolverem aspectos éticos, políticos, culturais, sociais e econômicos, as diretrizes para políticas públicas refletem os vários níveis de relações existentes entre a sociedade civil e o Estado, enquanto, ao mesmo tempo, incidem sobre estas relações. O caso estudado, uma trajetória de recomendações, acrescenta fatores como o reconhecimento político do organismo que as preconiza e a influência efetiva dessas diretrizes nos órgãos responsáveis efetivamente pela implantação de políticas públicas.

O principal aspecto que o percurso empreendido, neste trabalho, pôde evidenciar é que uma prática de recomendações encontra-se articulada às possibilidades de ação sobre determinados objetos, dimensionados, por sua vez, em função do contexto histórico do qual emergem, das demandas sociais, das concepções teóricas de referência, dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis.

Na década de cinquenta, os especialistas da OMS indicam, como problemas merecedores de atenção, o retardamento mental, a delinqüência juvenil, o desenvolvimento do caráter e da conduta, os efeitos da privação dos cuidados maternos. O retardamento mental ainda persistia, nesse momento histórico, como o principal quadro psicopatológico construído pela clínica psiquiátrica. A prevenção da delinqüência e o estabelecimento de ações para assegurar o desenvolvimento do caráter e da conduta, ocupando a criança lugar central nesse projeto, são medidas claramente herdadas e influenciadas pelo movimento da Higiene Mental, cuja presença, ideológica e política, dominou a primeira metade do século XX. A preocupação com o efetivo desamparo da infância, presenciado no contexto do pós-guerra, motiva a realização de estudos com crianças institucionalizadas, levando à noção da privação dos cuidados maternos como um dos principais componentes da etiologia dos transtornos mentais.

Na década de setenta, os problemas são contextualizados em função das condições sociais e econômicas, merecendo atenção os efeitos, sobre o desenvolvimento psicossocial da criança, das rápidas transformações que geram o desmembramento ou a desintegração familiar. As condições sociais e a qualidade das relações familiares são os principais determinantes na concepção de saúde mental agora adotada. A sintomatologia infantil deve ser compreendida como derivações transitórias do curso normal do desenvolvimento, entraves passageiros, esperados e decorrentes da interação da criança com o meio ambiente. Nessa perspectiva, somente o autismo e a psicose infantil são considerados transtornos mentais propriamente ditos, compreendidos como desvios permanentes e incapacitantes.

Na atualidade, a atenção dirige-se para fatores de risco provenientes da esfera biológica, psicológica ou social: tendência genética a distúrbio psiquiátrico, infecção por HIV, dificuldades de aprendizagem, traços de personalidade mal-adaptada, negligência ou abuso físico, sexual ou emocional, inconsistência nos cuidados familiares, violência urbana e doméstica, discriminação e marginalização.

Nas sucessivas etapas de sua constituição, o campo da saúde mental consolidou uma concepção de criança pautada em teorias do desenvolvimento, elaboradas, especialmente, no interior de disciplinas como a psicometria, a psicologia e a pedagogia. Concepção ampliada com os aportes da medicina evolutiva, com os quais a psiquiatria infantil procurou alinhar-se. Deste discurso hegemônico sobre a criança, sustentado nestas bases, são extraídos parâmetros do normal e do patológico. Como conseqüência, as propostas de intervenção, em sua maioria, orientam-se de modo a conduzir a criança a uma adaptação a estes modelos construídos pelo discurso da ciência. A criança encontra-se representada como conformidade ou como desvio dos ideais geridos no interior dessas disciplinas.

A produção ampliada de discursos sobre a infância favorece, ainda, o estabelecimento de novos parâmetros para o patológico. A realização crescente de diagnósticos de “depressão” e “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade” apresenta-se como exemplar de como esta questão pode ser problematizada na contemporaneidade. Outra categoria clínica, isolada no DSM, provoca controvérsias a propósito de sua definição e possibilidades diagnósticas: o denominado “transtorno da conduta”, definido como um “padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou normas ou regras sociais importantes e próprios da idade” (APA - DSM-IV 2002, p. 120). A visão reducionista, geralmente adotada na análise deste fenômeno, exclui determinantes da própria estrutura social ou a dimensão simbólica que possa existir nesta solução sintomática encontrada pelo sujeito.

A associação entre ideologia e saber parece ficar evidente nas proposições do movimento da Higiene Mental do início do século XX. Os ideais eugenistas, que marcam esse movimento, encontram-se acomodados em um discurso humanitário, que passa a incorporar, progressivamente, conhecimentos doutrinários para fundamentar suas propostas. Na atualidade, esta associação torna-se menos evidente, porém não se pode afirmar inexistente.

A construção da trajetória de recomendações da OMS permite que sejam retomadas as complexas questões presentes no campo da saúde mental expostas na Introdução deste trabalho. Alusões à interdisciplinaridade estão presentes, porém em torno de um elemento ordenador comum: o bem-estar bio-psico-social.

A diversidade e a complexidade inerentes à saúde mental acomodam-se sob orientações específicas. Pode-se concluir que existe uma relação de quase equivalência entre saúde mental e psiquiatria. Os fundamentos teóricos e as transformações verificadas na clínica psiquiátrica ao longo dos

anos acabaram por definir os principais modelos de compreensão e de abordagem da saúde mental. Verifica-se, nessa trajetória de recomendações, que as proposições se distanciam da lógica do sujeito e do sentido, tal como pretendido por outras disciplinas participantes do campo, aproximando-se, cada vez mais, de avanços tecnológicos e científicos para fundamentar a prática clínica.

Essa tendência pode ser claramente observada nos documentos da OMS do início do século XXI. A intenção parece ser a de promover a saúde mental como um campo de conhecimentos e práticas cientificamente orientado, à altura de um projeto político de promoção e manutenção do bem-estar social. Projeto que tem, por princípio, o conceito de *adaptação*, tanto na definição de saúde mental quanto nos resultados esperados das técnicas terapêuticas.

O conceito de adaptação, tornando-se central, reforça a indicação de psicoterapias pautadas na modificação do comportamento ou em técnicas de enfrentamento de situações adversas. Do ponto de vista teórico, como dimensionar as conseqüências da afirmação de que, o transtorno mental, em sua vertente psicológica, pode ser entendido como um comportamento mal-adaptado aprendido? (OMS 2001, p. 12).

O que caracteriza as recomendações da OMS neste início de século? Encontram-se definidas em função da importância da inclusão da problemática da saúde mental no âmbito da saúde pública, de uma luta contra a discriminação em relação ao doente mental, mas também guiadas por um discurso que valoriza a cientificidade dos recursos terapêuticos a serem utilizados. Incorpora critérios administrativos, como o termo eficiência, e aplica o conceito de eficácia para validar as práticas clínicas. Se os referentes na condução de propostas deixam de ser aspectos visivelmente ideológicos, como visto no discurso dos higienistas, eles passam a ser

determinados por outros agentes reguladores: a cientificidade e a lógica do mercado.

Evidencia-se, neste discurso mais recente, que o princípio da cientificidade sustenta-se em uma visão reducionista, tanto em relação aos modelos explicativos para a etiologia dos denominados transtornos mentais, quanto às práticas terapêuticas. A complexidade na definição do objeto da saúde mental e a diversidade existente entre as disciplinas pertinentes a este campo são substituídas por modelos consagrados por uma determinada orientação ou, vale dizer, por uma determinada comunidade científica. Processo que revela a existência de uma teoria dominante que define as questões que podem ser legitimamente formuladas e quais técnicas podem ser empregadas (ALVARENGA e col. 2005).

A aplicação de critérios de avaliação e de eficácia de forma generalizada articula-se, no mínimo, com duas questões. Em relação à técnica, o aspecto a ser valorizado é o desempenho, os resultados que podem ser obtidos com sua aplicação. A técnica, para comprovar sua eficácia e seus resultados através de demonstrações estatísticas, ou outras cientificamente aceitáveis, deve estar estruturada em paradigmas supostamente aplicáveis a todos. Às terapias cognitivo-comportamentais atribui-se a condição de atenderem tais requisitos. A indicação de seu uso, além do pretendido resultado terapêutico, a adaptação ou modificação do comportamento do indivíduo, encontra justificativa no fato de os resultados poderem ser apreendidos por métodos científicos.

Existiria, portanto, uma solidariedade entre as terapias cognitivo-comportamentais e a ideologia da avaliação, pois ambas apóiam-se na idéia de que há um padrão ótimo de desempenho, do qual todo sujeito é, por definição, um desvio (BARROS 2005, p. 5).

Sendo indicadas como modelo a ser adotado, essas psicoterapias dizem algo sobre a demanda vigente: tratamentos mais rápidos, menos custosos, inteiramente previsíveis, cujo tempo de duração e ponto de conclusão podem ser antecipados. A previsibilidade talvez seja o elemento mais intrínseco a elas. Encontram-se embasadas, como destaca MILLER (2005b, p. 1-2), em uma idéia própria de linguagem, nomeadamente uma teoria da descrição, não marcada pela ambigüidade. Assim concebida, a linguagem pode ser usada de maneira inequívoca e explícita. Isto estabelece as bases entre paciente e terapeuta: sabe-se, a priori, qual é o distúrbio e como curá-lo. Diferentemente, para a psicanálise, a realidade resulta da apreensão do mundo através da linguagem, marcada por ambigüidades e equívocos. Ainda, a relação do homem com o ambiente encontra-se permanentemente perturbada pela existência do pensamento inconsciente e da pulsão.

Mediante a presença de qualquer discurso regido pela lógica do “para todos”, a psicanálise sempre insistiu em preservar o incomparável de cada um, o que não se encaixa nas regulações sociais. Se sua eficácia pode somente ser demonstrada no caso a caso, a psicanálise pouco colabora para uma clínica pautada em estatísticas. No entanto, torna-se necessária para dar conta dos casos de exceção, cabendo-lhe auxiliar a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais (LAURENT 1999b, p. 14).

A psicanálise, no campo da saúde mental, pode sustentar a diversidade ao reafirmar que a lógica do universal não resolve a particularidade do sujeito e a singularidade do seu desejo. Este princípio não se apresenta como antagônico à dimensão política da estruturação da assistência. Historicamente, o referencial psicanalítico orientou a organização de programas nos serviços públicos de saúde, na criação de instituições substitutivas ao modelo asilar, instituições de acolhimento da psicose e autismo, sobretudo as destinadas à infância.

O conceito de sintoma ocupa lugar central na clínica psicanalítica justamente por se contrapor à noção de distúrbio ou transtorno, construída por um saber teórico que permite uma classificação, uma previsibilidade quanto à sua significação, tratamento ou técnicas para sua cura. A presença do analista permite que se revele, na particularidade do sintoma, um sofrimento estruturado como uma mensagem, mas também uma face de incurável, um irreduzível, uma verdade sobre o sujeito. Neste sentido, o sintoma apresenta-se como aquilo que interpela o ideal ou uma norma, revelando que o sujeito não pode ser radicalmente previsto pela ciência. Ou, nos termos propostos por CANGUILHEM, “não se ditam cientificamente normas para a vida”.

Como sustentar a dimensão ética e interdisciplinar no campo da saúde mental? O debate poderia centrar-se em torno de uma revisão dos termos correntemente utilizados para congregar várias disciplinas, estabelecendo supostamente um objeto comum: doença e saúde mental, transtorno, distúrbio, comportamento, sofrimento psíquico, subjetividade. Não basta o uso retórico de tais termos para justificar o desenho de um campo de conhecimento e práticas, pois condensam princípios distintos que, por sua vez, determinam a experiência clínica e a posição ética a ser adotada frente as mais variadas demandas sociais. Um debate, porém, que não visaria a gerar consenso, mas no qual a ferramenta da interdisciplinaridade poderia interrogar, no interior de cada disciplina, os efeitos de segregação que podem ser produzidos por seus princípios e técnicas.

Os discursos da cidadania, dos direitos do doente mental, dos direitos da criança, presentes na atualidade para garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, por exemplo, podem recobrir outras formas de segregação, aquelas advindas da aplicabilidade do conhecimento científico, de maneira universal e padronizada, que instala o sujeito na posição de objeto e dita os parâmetros do bem viver.

A realidade, nos serviços de assistência em saúde mental, testemunha a necessidade de uma orientação que conjugue aspectos referentes às demandas e às possibilidades técnicas da equipe responsável pelos programas. Esta situação concreta indica os limites da aplicabilidade de discursos ou recomendações genéricas. Neste sentido, se existe uma lacuna estrutural entre diretrizes para políticas públicas e sua efetiva implementação, há um trabalho a ser realizado pelos agentes responsáveis e diretamente articulados à assistência. Esta margem de liberdade, instalada no seio da equipe multiprofissional, constitui-se em um campo de ação, onde entram em jogo não somente conhecimentos técnicos, mas a possibilidade de construção de uma ética coletivamente orientada. Para tanto, para que esta ética seja construída no interior da equipe, a experiência clínica deve ser interrogada permanentemente.

A propósito da criança, a atenção à saúde mental encontra-se pulverizada nos vários níveis da assistência, envolvendo, ainda, outros dispositivos sociais, como escola e instituições jurídicas. Aspecto que amplia o campo de interlocução, no qual incidem diversas representações sobre a infância e sua problemática. Mesmo neste imbricado contexto de inúmeras especialidades, talvez seja possível continuar afirmando que as ações podem levar a dois efeitos possíveis: ou a instalação da criança na posição de objeto, resultado da aplicação de um discurso regido pela mestria, ou sua emergência como sujeito, representativo de um real que comporta uma verdade inédita.

9 REFERÊNCIAS

Aflalo A. Questionnaires et scientisme. In: **Ornicar? Digital**. Revue électronique multilingue de psychanalyse. Paris: L'Orientation lacanienne du Champ freudien; n. 250, Mars 2004.

Ajuriaguerra J. **Manual de Psiquiatria Infantil** (1970). 3ª edición. Barcelona: Toray-Masson, S.A.; 1976.

Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Alvarenga AT, Sommerman A, Alvarez AM de S. Congressos Internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais de uma nova ciência moderna. **Saúde e Sociedade** 2005; 14 (3), p. 9-29.

[APA] American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Edição. Texto Revisado. DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artmed; 2002. Publicação original realizada pela [APA] American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision**. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Andry RG. Funções paterna e materna e delinqüência. In: **Privación de los cuidados maternos: revisión de sus consecuencias**. Ginebra; 1963. (OMS - Cuadernos de salud pública, 14).

Antunes EH. **Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo**. São Paulo, 1998. [Tese de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Barros RR. O desempenho é o valor Presencia. **O Fórum dos Psi na América**. Boletim eletrônico: Escola Brasileira de Psicanálise, Nova Escola Lacaniana, Escola da Orientação Lacaniana; 2005; 6: 3-4.

Bercherie P. **Os fundamentos da clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.

Bercherie P. A clínica psiquiátrica da criança. In: CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.

Bowlby J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Caixeta M. Diagnóstico em psiquiatria infantil. In: ASSUMPÇÃO JR F. B. **Psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo:Livraria Editora Santos; 1994.

Canguilhem G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica; p. 35-48.

Cirino O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.

Di Ciaccia A. **El niño, la familia y el inconsciente**. Barcelona: Atuel-Eolia; 1997.

Donnangelo MCF. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.

Donzelot J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda; 1986.

Eisenberg L. Salud mental infantil en las Américas: enfoque de salud pública. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 1993; 114(5): 385-398.

Freda H. A criança da psicanálise. **Revista Carrossel**. Salvador: Escola Brasileira de Psicanálise-Bahia 1998; Ano II (2): 46-50.

Freud A. **Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento** (1965). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1976.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969a. v. II.

Freud S. Lembranças encobridoras (1899). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969b. v. III; p. 327-354.

Freud S. A interpretação dos sonhos (1900). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969c. v. IV e V.

Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969d. v. VII; p. 123-252.

Freud S. Romances familiares (1909a). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969e. v. IX; p. 239-247.

Freud S. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (1909b). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969f. v. X; p. 11-154.

Freud S. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão (1910). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969g. v. XI; p. 139-203.

Freud S. A história do movimento psicanalítico (1914). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969h. v. XIV; p. 11-82.

Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969i. v. XIV; p. 83-119.

Freud S. As pulsões e suas vicissitudes (1915a). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969j. v. XIV; p. 127-162.

Freud S. O inconsciente (1915b). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969k. v. XIV; p. 183-245.

Freud S. Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (1916-1917) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969L. v. XVI; Conferência XVII – O sentido dos sintomas; p. 305-323.

Freud S. O mal-estar na civilização (1929). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969m. v. XXI; p. 73-171.

Freud S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise (1933). Conferência XXXIII: Feminilidade. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969n. v. XXII.; p. 139-165.

Freud S. Análise terminável e interminável (1937). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969o. v. XXIII; p. 239-287.

Freud S. Esboço de psicanálise (1938). Parte II – Cap. VII: Um exemplo de trabalho psicanalítico. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1969p. v. XXIII; 211-223.

Giordano Jr S. **A persistência da higiene mental e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1989. [Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

González R. La salud mental y el desarrollo psicossocial del niño. In: [OPS] Organización Panamericana de la Salud. **Condiciones de salud del niño en las Américas**. Washington (DC): 1979. (OPAS - Publicación científica, 381).

Graham P, Orley J. La OMS y la salud mental de los niños. **Foro Mundial de la Salud** 1997; 1997: p. 277- 281.

Jorge MR. Diagnóstico e classificação em psiquiatria. In: Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Kanner L. **Psiquiatria Infantil** (1935). Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1972, 4ª edição.

Klein M. **Psicanálise da criança** (1932). 2ª ed. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1975.

Koltai C. A escuta do político. **Viver Mente e Cérebro**. Coleção Memória da Psicanálise: Lacan – a lógica do sujeito. 2005; Edição especial nº 4: p. 92-97.

La Sagna P. Ciência e Nome-do-Pai. In: Associação Mundial de Psicanálise. **Scilicet dos Nomes do Pai**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, 2005.

Lacadée P. Duas referências essenciais de J. Lacan sobre o sintoma da criança. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1996; 17: 74-82.

Lacan J. **Os complexos familiares** (1938). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1997.

Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998; p. 237-324.

Lacan J. **O seminário, livro 4, A relação de objeto** (1956-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1995.

Lacan J. **O seminário, livro 5, As formações do inconsciente** (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999.

Lacan J. **O seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.

Lacan J. Alocução sobre as psicoses da criança (1967). **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003a; p. 361-368.

Lacan J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967); **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003b; p. 243-264.

Lacan J. Duas notas sobre a criança (1969). **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1998; 21: 5-6.

Laplanche J., Pontalis J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. Lisboa: Moraes Editores; 1970.

Laurent D. Do desejo de padronização de massa. **O Fórum dos Psi na América**. Boletim eletrônico: Escola Brasileira de Psicanálise, Nova Escola Lacaniana, Escola da Orientação Lacaniana; 2005; 02: 3-8.

Laurent É. Existe um final de análise para as crianças. **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1994a; 10:24-33.

Laurent É. Estado, sociedade, psicanálise. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. 1994b; 11: 11-20.

Laurent É. Segregación y diferenciación. **El niño**. Revista del Instituto del Campo Freudiano. Centro Interdisciplinar de estudios del niño (CIEN) 1999a; 6: 54-64.

Laurent É. O analista cidadão. **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-Minas Gerais; 1999b; **Curinga** 13: 12-19.

Laurent É. **Psicoanálisis y salud mental**. Buenos Aires: Tres Haches; 2000.

Leguil F. Entre inhibición y angustia. **Diversidad del síntoma**. Buenos Aires: Escuela de la Orientación Lacaniana, 1996.

Leguil F. A pulsão e seus destinos: sintoma e sublimação. **Arquivos da Biblioteca**. Escola Brasileira de Psicanálise – Rio de Janeiro. 1998; 3.

Lewis M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Lippi JRS. Classificação das doenças psiquiátricas na Infância e na Adolescência: Revisão histórica. In: Assumpção Jr. FB. **Psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo:Livraria Editora Santos; 1994.

Miller J-A. Introdução. **Desarrollo y estructura en la dirección de la cura**. Buenos Aires: Actuel, 1993.

Miller J-A. Marginalia de Milão: sobre a análise finita e infinita. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1994; 10: 18-23.

Miller J-A. **Lacan elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. Psicanálise e Psiquiatria (1981); p. 121-137.

Miller J-A. A criança entre a mãe e a mulher. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1998; 21: 7-12.

Miller J-A. Saúde mental e ordem pública. **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-Minas Gerais; 1999; **Curinga** 13: 12-9.

Miller J-A. Uma leitura crítica dos “Complexos familiares”, de Jacques Lacan. **Opção Lacaniana OnLine** 2005a; 2.
Disponível: www.opcaolacanianana.com.br.

Miller J-A. A resposta da psicanálise à terapia cognitivo-comportamental. **O Fórum dos Psi na América**. Boletim eletrônico: Escola Brasileira de Psicanálise, Nova Escola Lacaniana, Escola da Orientação Lacaniana; 2005b; 23: 5-10.

Naveau P. Conferências de Pierre Naveau. **A criança entre a mãe e a mulher**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-Minas Gerais; 2001; **Curinga** 15/16: 131-170.

Nominé B. **O sintoma e a família**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-Minas Gerais; 1997.

Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade** 1994; 3(2): 5-21.

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Higiene Mental. **Informe de la Segunda Reunión**. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington (DC); 1952. (OMS-Serie de Informes Técnicos; 31).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Higiene Mental. **Informe de la Primera Reunión**. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington (DC); 1953. (OMS-Serie de Informes Técnicos; 9).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Cuarto do Comité de Expertos en Higiene Mental. **Legislación en materia de asistencia psiquiátrica**. Ginebra; 1955. (OMS-Serie de Informes Técnicos; 98).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Quinto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. **El hospital psiquiatrico, centro de accion preventiva de la salud mental.** Ginebra;1957. (OMS-Serie de Informes Técnicos;134).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Séptimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. **Psiquiatria social y actitudes de la coletividad.** Ginebra;1959. (OMS-Serie de Informes Técnicos;177).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Décimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. **Preparacion de programas de higiene mental.**Ginebra;1961a. (OMS-Serie de Informes Técnicos;223).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Noveno Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. **Enseñanza de la psiquiatria y de la higiene mental a los estudiantes de medicina.** Ginebra;1961b. (OMS-Serie de Informes Técnicos;208).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **La OMS y la salud mental.** Cronica de la OMS. Ginebra;1962; 16 (3).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **Privación de los cuidados maternos: revisión de sus consecuencias.** Ginebra; 1963. (OMS - Cuadernos de salud pública, 14).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 17º Informe de um Comitê de Expertos de la OMS en Salud Mental. **Salud mental y desarrollo psicossocial del niño.** Ginebra, 1977 (OMS-Serie de Informes Técnicos nº 613)

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS sobre o Tratamiento de Transtornos Psiquiátricos. **Evaluacion de**

los metodos de tratamiento de transtornos mentales. Ginebra; 1991 (OMS-Serie de Informes Técnicos; 812).

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **Salud mental 2001. Informe de la Secretaría** Consejo Ejecutivo, 107ª Reunión. Punto 9.4 del orden del día provisional, 17 de noviembre del 2000. p. 2.

Disponível:http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB107/se27.pdf.

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.** Ginebra: OMS, 2001, 178 p.

[OMS] Organización Mundial de la Salud. **Invertir en la salud mental.** Departamento de Salud Mental y Uso de sustancias. Ginebra; 2004. Disponível: www.who.int/mental_health.

[OMS] World Health Organization. **Child and adolescent mental health policies and plans.** Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva; 2005.

[OPS] Organización Panamericana de la Salud. **Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental.** Washington (DC): 1964. (OPAS - Publicación científica, 99).

[OPS] Organización Panamericana de la Salud. **Condiciones de salud del niño en las Américas.** Washington (DC): 1979. (OPAS - Publicación científica, 381).

Pacheco e Silva AC. **Higiene mental: conceito, generalidades, tendências modernas e campo de aplicação.** São Paulo: Universidade de São Paulo; 1952.

Perestrello D. **Almas infantis**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional da Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1953.

Prugh DG, Harlow RG. "Privación encubierta" en lactantes y niños pequeños. In: **Privación de los cuidados maternos: revisión de sus consecuencias**. Ginebra; 1963. (OMS - Cuadernos de salud pública, 14).

Puig M. Qué sintoma? **Freudiana**. Barcelona: Escuela Europea de Psicoanálisis Catalunya. 1997; 20:65-70.

Ramos A. **Saúde do espírito (higiene mental)**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional da Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1955.

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade** 2004; 13(3): 36-43.

Reis JRF. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro: Manguinhos 2000; VII(1): 135-157.

Robins LN, Jegede RO. Salud mental. In: FALKNER F. (org.). **Prevención en la niñez de los problemas de salud de los adultos**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.

Rodriguez L. O supereu materno arcaico. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. 1996; 16:87-93.

Rosen G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1980.

Rosen G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. (Saúde em Debate, 74).

Santiago AL, Santiago J. A. psicanálise em face da familiarização do mundo: pontos para uma investigação sobre a família. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1996; 17:83-8.

Santiago J. O declínio da função paterna, sua repercussão na família e a consequência da clínica. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1998; 21:24-27.

Santiago AL. **A inibição intelectual em psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2005.

Sartorius N. Nuevo programa de salud mental de la OMS. **Cronica de la OMS**. Ginebra;1978: 32 (2).

Sauret M-J. **O infantil e a estrutura**. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise-São Paulo; 1998.

Scwab-Stoone M, Towbin KE , Tarnoff GM. Sistemas de classificação: CID-10, DSM III-R e DSM-IV. In: LEWIS M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Solano-Suaréz E. A criança em questão no final do século. **Incidências da psicanálise na cidade**. Vitória: EDUFES; 2004.

Souza Leite MP. Novas classificações do sintoma em psiquiatria vistas pelo psicanalista. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** 1998; 21: 28-32.

Volkmar FR. Classificação em psiquiatria de crianças e adolescentes: princípios e questões. In: LEWIS M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Vorcaro A. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora; 2004.

Wootton B. Punto de vista de la ciencia social sobre la privación de la madre. In: **Privación de los cuidados maternos: revisión de sus consecuencias**. Ginebra; 1963. (OMS - Cuadernos de salud pública, 14).