

FRANCISCO PASSOS COSTA

**CONFIANÇA BÁSICA E
IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO**

**Um diálogo possível entre Erik Erikson e Françoise Dolto
em torno da formação do psiquismo infantil e sua relação
com os transtornos mentais**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Saúde
Pública pela Universidade Federal
de Santa Catarina-UFSC. Área de
Concentração: Ciências Sociais.**

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Co-Orientador: Prof. Dr. Rafael Raffaelli

Florianópolis-SC, Maio de 2005.

FRANCISCO PASSOS COSTA

**CONFIANÇA BÁSICA E
IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO**

**Um diálogo possível entre Erik Erikson e Françoise Dolto
em torno da formação do psiquismo infantil e sua relação com os
transtornos mentais.**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Saúde
Pública pela Universidade Federal
de Santa Catarina-UFSC. Área de
Concentração: Ciências Sociais.**

APROVADA EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira-UFSC
Presidente**

**Prof. Dr. Rafael Raffaelli-UFSC
Membro**

**Profa. Dra. Maria do Rosário Stotz – UNISUL
Membro**

Não acredito em um Deus que não saiba parir

À

Marieta Passos, o [meu] começo de tudo...

Fátima Passos, parceira de grandes momentos. A irmã que todo irmão mais novo gostaria de ter na vida...

Irinéia Passos, (in memoriam), a vovó daquele tipo que contava histórias, fazia doces e protegia, às vezes com mentiras inocentes que todo mundo fingia acreditar...

Para Valéria Silva.

A mulher com quem há 17 anos tenho tido o prazer, a alegria e a honra de conviver. Sou-lhe especialmente grato, pois Valéria foi sempre a grande Musa de todo esse processo: estimulou o mestrado em si, inspirou o tema e, leitora atenta e interlocutora de qualidade, esteve sempre ao meu lado ora estimulando, ora cobrando, ora indicando o momento de ‘dar um tempo’.

Com a sua prática cotidiana à frente desta família, Valéria instaurou uma profunda divergência de opinião entre mim e nossos filhos: eles a consideram a melhor mãe; eu, a melhor mulher.

“Criança:

*Alguém que fica conosco por um tempo
e desaparece para sempre no mundo dos adultos”*

Jayme Murahovschi

Crianças...

que na condição de pacientes, amigos, conhecidos ou simples transeuntes deram-me importantes lições de vida. E dentre esses destaco os meus filhos Daniel, Raquel, Gabriela, André e Victor, que, nesta ordem, foram aparecendo, ficando, ensinando-me e... fazendo o seu natural e desejável processo de ‘desaparecimento’ no mundo adulto.

Agradecimentos

A leitura e releitura deste texto me trazem dois sentimentos: uma grata satisfação por ter conseguido dizer aquilo que pretendia e, dessa forma, confirmar a assertiva de Umberto Eco, segundo a qual ‘fazer uma dissertação é divertir-se’ e, por outro lado, um sentimento de profunda gratidão às pessoas e instituições que, de um modo ou de outro, e em tempos diversos, viabilizaram a sua execução. Agradecer implica correr o risco de esquecimentos imperdoáveis, pois foram muitos os que se envolveram na caminhada. Por essa razão optei pela menção numa *ordem cronológica* de aparecimento.

Agradeço à psicóloga Enedina Martins, coordenadora da Casa da Colina-Espaço de Saúde e de Cultura, por ter-me ‘apresentado’ a Dolto. À Selma Regina Marino, coordenadora da Clínica Integrada de Atenção Básica à Saúde-CIABS, que acolheu com entusiasmo a idéia e se dispôs a buscar uma forma de viabilizar o projeto que, necessariamente, me tomaria tempo de trabalho. Entusiasmo e acolhimento igualmente encontrado na Enfermeira Dra. Eliane Faria, então Secretária Municipal de Saúde de Biguaçu, onde eu trabalhava — e trabalho.

Esse acolhimento, porém, não teria sido viabilizado sem a colaboração dedicada das funcionárias da CIABS, particularmente Jussara Ribeiro Crisalt (Sara) e Krisley de Aquino Rosa Correa. Como responsáveis pela recepção, não apenas elaboraram um criativo esquema de compensações das faltas — para que não houvesse prejuízo por parte dos usuários — como estiveram sempre disponíveis a remarcações de consultas quando as idas e vindas decorrentes do mestrado me impunham a necessidade de ausências nem sempre previamente acertadas. Estendo o meu agradecimento à população de Biguaçu e aos demais colegas de trabalho — sobretudo aqueles que compõem a Equipe de Saúde da Família — pela compreensão diante das eventuais lacunas em vista dos estudos. À médica Flávia Henrique, colega de trabalho, pelo apoio e entusiasmo.

Nova conjuntura política, novo Secretário de Saúde: Dr. Sílvio Strobel. Novas coordenadoras da CIABS: Enfermeiras Teresa Cristina Gaio e Maria Catarina da Rosa. Igual acolhimento, a mesma disponibilidade em buscar formas e caminhos para continuar viabilizando o mestrado. Meu especial agradecimento a essas pessoas.

Agradeço aos Professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, em particular àqueles com quem convivi diretamente em aulas, debates, conversas (Alcides Rabelo, Marcos da Ros, Carlos Caetano, Elza Berger, Fernando Pires, Marcos Peres, Sérgio de Freitas, Sandra Caponi); aos colegas da turma de 2001, cuja convivência permitiu-me definir melhor o caminho, aparar arestas; aos funcionários do departamento.

Agradeço em particular à turma da disciplina Saúde Mental/2001 (Ana Lima, Ana Karina, Antônio, Beatriz Franchine, Marise, Mariângela, Sheila, Simone Franco, Thais, Walquíria) que ‘reconstruíram’ o meu narcisismo, abalado após uma primeira discussão do projeto.

À Ivy, do Memorial Brasileiro de Pediatria, que me enviou parte dos Anais dos Congressos da Sociedade Brasileira de Pediatria.

E por fim às instituições que tornaram esta empreitada possível:

A Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, a Clínica Integrada de Assistência e Atenção Básica-CIABS/UNIVALI, à Casa da Colina-Espaço de Saúde e de Cultura, à Delegacia Catarinense de Psicanálise, fórum privilegiado de discussão e aprendizado. Agradeço em especial ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFCS, que acolheu e me permitiu viabilizar minha intenção de estudo.

Agradecimento especial

Ao Professor Dr. Eduardo Riaviz, de cuja discussão extrai elementos que me permitiram enriquecer o projeto inicial.

Agradeço em especial ao Professor Dr. Rafael Raffaelli, co-orientador, que mesmo tendo se envolvido mais tardiamente com o projeto, foi responsável por significativas mudanças em seu curso e pelo amadurecimento da abordagem empreendida.

E muito particularmente agradeço ao Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, orientador, pela sua sabedoria, disponibilidade, compreensão e firmeza. Mas, sobretudo por ter sustentado o meu desejo em desenvolver este estudo, mesmo quando (quase) todos em volta afirmavam ser um projeto difícil, não empírico, comprometedor. E no fundo tinham razão. Mas tinham a razão que a Universidade atual — pólo dinâmico de pensamento e discussão — começa a questionar. Uma ‘nova’ razão, a razão que tem surgido do debate vivo e apaixonado, moveu — creio — o Professor Walter a orientar-me nesta caminhada; durante a qual passou da condição de professor para a condição de Mestre — aquele de quem se aprofunda lições de vida.

RESUMO

Construir um diálogo acerca do pensamento de Erik Erikson e Françoise Dolto em torno da formação do psiquismo humano e sua relação com os transtornos ou distúrbios mentais infantis é a intenção primeira desta dissertação. O trabalho apresenta as matrizes de pensamento dos dois autores sumarizadas nos conceitos de *confiança básica* e *imagem inconsciente do corpo*, respectivamente. Os construtos conceituais apontam para a importância da maternagem e dos cuidados dispensados à criança na primeira infância para o estabelecimento da personalidade, ressaltando a relevância dos processos sociais-culturais com os quais interagem para darem conformação ao sujeito humano. A revisão de literatura constitui-se a técnica básica do percurso investigativo e o cotejamento entre autores a estratégia prioritária na construção do diálogo proposto. O encontrado através da investigação aponta para convergência teórica entre os conceitos oferecidos pelos autores, na medida em que ambos partem de pressupostos psicanalíticos gerais comuns e percorrem caminhos teóricos centrados na importância da figura materna, do afeto e da qualidade dos cuidados dispensados às crianças, sem os quais o bebê humano fica privado das condições que lhe habilitem à consolidação de um arcabouço psíquico capaz de resistir adequadamente às pressões e demandas emocionais verificadas ao longo da vida, residindo a sua falta numa provável razão do substancial incremento dos índices de transtornos mentais em crianças e adultos, conforme observa-se nos estudos e levantamentos mais recentes, dos quais destaca-se o Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001 sobre Saúde Mental no Mundo.

PALAVRAS-CHAVE: Confiança básica. Imagem inconsciente do corpo. Psiquismo infantil. Maternagem. Afeto. Saúde mental. Transtorno mental infantil.

ABSTRACT

To construct a dialogue concerning the thoughts of Erik Erikson and Françoise Dolto about the formation of the human psyche and its relation to mental disturbance and disorders of children is the first intention of this dissertation. The paper presents the thought matrix of both authors summarized in the concepts of *basic trust* and *unconscious image of the body*, respectively. The conceptual constructions point to the importance of motherhood and care given to the child in first infancy for the establishment of character, highlighting the relevance of the social-cultural processes with which they interact to give the human subject conformation. The literature revision consists of the basic technique of investigative course and the parallel between authors is the main strategy to construct the proposed dialogue. What was found through the investigation points to theoretical convergence between the concepts offered by the authors, as they both start from common psychoanalytical general presuppositions and go through theoretical ways centered in the importance of the maternal figure, the affection and the quality of the care given to children, without which the human babe gets deprived of the conditions that will allow it the consolidation of a psychic solid base capable of resisting adequately to emotional pressures and demands shown through life, residing its lack in a probable reason of the substantial increase of mental disturbances rate in children and adults, as can be seen in the most recent studies and surveys of which is highlighted the World Health Organization Report of 2001 about mental health in the world.

KEYWORDS: Basic trust. Unconscious image of the body. Children's *psyche*. Motherhood. Affection. Mental Health. Children's mental disturbance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. CAPÍTULO 1: O PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
2. CAPÍTULO 2: OS CONSTRUTOS CONCEITUAIS.....	39
2.1 SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL: contornos e limitações.....	40
2.2 MENTE X CORPO: dualidade questionável.....	45
2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL SAUDÁVEL:	
fatores pessoais e sociais-culturais.....	50
2.3 INATISMO GENÉTICO E ONTOLÓGICO: animal humano x ser humano.....	57
2.4 INATISMO ONTOLÓGICO: sou mesmo sem pensar.....	58
2.5 CRIANÇA E FAMÍLIA: consolidação e desestruturação.....	64
3. CAPÍTULO 3: A FORMAÇÃO DO PSIQUISMO:	
A MENTE HUMANA E SEUS MECANISMOS INCONSCIENTES.....	74
4. CAPITULO 4: ERIK ERIKSON	
E O CONCEITO DE <i>CONFIANÇA BÁSICA</i>.....	86
4.1.ERIK ERIKSON: o homem e sua obra.....	87
4.2.O CICLO VITAL: epigênese e desenvolvimento psicossocial.....	90
4.3 MODOS PSICOSSOCIAIS E ZONAS ERÓGENAS: formas e lugares de	
manifestação da libido.....	96
4.4. MODO INCORPORATIVO: sugar e morder. Pressupostos para os conceitos	
de <i>confiança</i> e <i>desconfiança</i> básicas.....	108
4.5 CONFIANÇA BÁSICA: auto-identidade e coragem de ser.....	116
4.6 ESPERANÇA: síntese harmônica da confiança e desconfiança básicas.....	117
5. CAPÍTULO 5: FRANÇOISE DOLTO E O CONCEITO DE <i>IMAGEM</i>	
<i>INCONSCIENTE DO CORPO</i>.....	120
5.1. FRANÇOISE DOLTO: sujeito e linguagem.....	121
5.2. O MÉTODO E O ESTILO: ‘médica de educação’.....	127
5.3. TUDO É LINGUAGEM: o sujeito é sujeito da linguagem.....	133
5.4. ANTECEDENTES DA IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO:	
o desejo dos pais sustentado na linguagem.....	139

5.5. IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO: suporte do eu.....	140
5.5.1. Imagem de base.....	142
5.5.2. Imagem funcional.....	149
5.5.3. Imagem erógena.....	151
5.6. A IMAGEM DO CORPO E A MÃE: a fala materna.....	152
5.7. TRIANGULAÇÃO: A Relação mãe-filho-pai.....	157
5.8. IMAGEM DO CORPO E SEUS DESTINOS: castrações simbolígenas.....	159
5.8.1. Castração umbilical.....	161
5.8.2. Castração oral.....	163
5.8.3. Castração anal.....	165
5.8.4. castração genital.....	166
5.9. HUMANIZAÇÃO: o fruto das castrações simbolígenas.....	168
6. CAPÍTULO 6: EXPLORANDO CONFLUÊNCIAS:	
O DIÁLOGO POSSÍVEL.....	172
6.1 CRIANÇA E MEIO SOCIAL-CULTURAL:	
Imbricamento necessário e obrigatório.....	173
6.2 SOFRIMENTO HUMANO/TRANSTORNO MENTAL:	
ponto de partida para uma compreensão holística do ser humano.....	176
6.3. MATERNIZAÇÃO E PSIQUISMO INFANTIL:	
o papel dos cuidadores.....	180
6.4. DESEJO DE SER, CORAGEM DE SER:	
propulsores inconscientes da personalidade infantil coesa e equilibrada.....	186
7. CAPÍTULO 7: LAÇOS MÃE-FILHO E	
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INFANTIS.....	189

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é produto de vários anos de experiência médica com famílias e, sobretudo, com crianças. Alguns anos de estudo e muito diálogo com pessoas, sobretudo mulheres que fui encontrando e de quem fui aprendendo lições de vida.

Também sintetiza cerca de dois anos de sala de aula e conversas durante o Mestrado. Horas sem fim de leituras e apontamentos. Vários encontros e desencontros de orientação e discussão. Muitas páginas escritas, apagadas e re-escritas. Nas horas de ‘descanso’, um curso de formação em psicanálise, pois a caminhada mostrou-me que eu precisava saber bem mais do que imaginava inicialmente.

Pode-se supor a partir disso que se trata, então, de um trabalho consistente e esclarecedor. Essa é minha intenção, mas temo decepcionar o leitor porque, além de tudo o que disse acima, esse trabalho corrobora um pensamento de Tobar e Yalour, quando esses autores afirmam que nos anos dedicados à orientação de teses e dissertações, já puderam ver muitos Hércules — dispostos a enfrentar bem mais do que doze tarefas — converterem-se em lânguidos Dom Quixotes a debaterem-se com seus moinhos de vento. Certamente estive na ponta inicial dessa sentença; torço para que o leitor não constate que o produto final confirma a totalidade da mesma.

O tema era árido, os caminhos nem sempre muito claros. Procurei ater-me a um projeto que me pareceu lúcido e objetivo e que o dia-a-dia foi mostrando que precisava de muitos ajustes, tarefa para a qual contei sempre com a inestimável colaboração do meu orientador. Reconheço — e talvez seja essa a única falha que não cometi — que li muito, li tudo o que me foi sugerido e que pudesse iluminar-me o caminho. Mas as leituras nos abrem possibilidades em demasia, às vezes nos confundem e nos colocam o risco de perder o norte. Nessas horas — novamente — a orientação segura e determinada recolocava-me nos trilhos.

O ponto de partida: uma criança angustiada, sofrendo do sofrimento da alma. Mas como é possível? A infância é a época da alegria. Criança não se sabe pobre/rica, criança não se sabe bonita/feia; criança quando acorda de manhã não pergunta se o dinheiro vai ser

suficiente para pagar as contas. Nas suas fantasias, importa mais o uso que possa fazer dos seus brinquedos que a qualidade ou o preço dos mesmos. Pelo menos assim eu fui e assim o foram todos os que conviveram comigo, segundo os meus pensamentos.

Lembro-me de vários *rachas* alucinados que disputava com os meus amigos usando pneus velhos como *máquinas envenenadas*. Em nossa imaginação infantil, barquinhos de papel tornavam-se potentes lanchas a percorrer as canaletas das ruas que as chuvas convertiam em caudalosos rios e corredeiras. Os céus freqüentemente transformavam-se em cenários para acirradas *batalhas aéreas*, disputadas por papagaios/pipas cuja hegemonia era decidida pela qualidade do cerol e pela habilidade do *piloto*, situado em terra, mas que a imaginação transportava para o comando de espetaculares *máquinas voadoras*.

Coisas estranhas ao meu entendimento começaram a acontecer. Por que uma criança tenta morrer? Por que fica triste até adoecer da alma e às vezes do corpo? Por que perde a vontade de brincar? Como dizia o velho robô do seriado *Perdidos no espaço* — que embalou os meus sonhos infantis de ser astronauta — ‘não tem registro!’. Mas estava acontecendo. Na verdade informavam-me disso. Eu via na televisão, nos jornais, nos congressos médicos. Os encontros de pediatria começaram a abrir espaço para discutir o assunto. Foi lá pelo final dos anos oitenta que pela primeira vez ouvi falar de depressão infantil. O tema foi ganhando espaço e a idade em que ocorriam foi perdendo anos.

Mas foi a minha vinda para Santa Catarina, em 2001, que me colocou frente-a-frente com a desconcertante realidade das crianças que se matam ou tentam se matar, das crianças deprimidas. Em Blumenau, bairro de Nova Esperança — onde iniciei a minha atividade como médico do Programa de Saúde da Família-PSF em Santa Catarina — tive os meus primeiros contatos com a brutal realidade de crianças e adolescentes suicidas. Mães e pais fora de casa em decorrência do trabalho, creches superlotadas, cuidadores que mal têm tempo de prover os cuidados essenciais. Quando chegam à creche já encontram algumas crianças esperando na porta, na companhia do vigia. Os pais passaram muito cedo. ‘Pegam cedo no batente, muitas contas pra pagar. É preciso aumentar a renda familiar’. Recolherão os filhos à tardinha, quase

noite. Nessa hora as crecheiras já foram embora, quase todas. Fica uma, ou duas, para ‘entregar’ as crianças.

Ansiolíticos, antidepressivos, distúrbios do sono... Pais doentes. Alcoolismo, tabagismo precoce, outras drogas. Crianças bebendo Q’boa (água sanitária) pra morrer... Ou pra chamar a atenção. Pais e filhos adolescentes fazendo uso da mesma medicação ‘controlada’. Em Nova Esperança pude ver uma nova forma de solidariedade entre vizinhos: ao invés de um pouco de açúcar ou de um ovo emprestado, *empresta-se* o diazepam.

Município de águas Mornas: a minha segunda experiência em Santa Catarina como médico do PSF. Outra realidade. Agricultura, colinas, águas mornas, às vezes frias nos córregos. Nenhum caso de depressão ou tentativa de suicídio entre crianças, que eu tenha tomado conhecimento. Quem cuida de você quando o seu pai sai? A minha mãe, ora! E quando a sua mãe e o seu pai saem? A minha tia; eu vou pra casa da minha tia. E quando não tem nem pai, nem mãe, nem tia, como você faz? Fico na casa da D. Júlia, aquela ali, ó! Aponta uma casa próxima.

Algo parecido com ‘as redes societárias’ que o sociólogo Zygmunt Bauman acha que estão acabando; ou com ‘os casulos de proteção’ que outro sociólogo de igual importância, Anthony Giddens, considera fundamentais na infância. E por falar em Giddens, será que tudo isso tem a ver com a perda da tal *confiança básica* — conceito formulado pelo psicanalista Erik Erikson —, que Giddens aponta como fator importante para gerar na criança a necessária *coragem de ser*, baseada na confiança estabelecida entre a criança pequena e os que cuidam dela? Algo sobre o que refletir...

Um seminário promovido pela *Casa da Colina-Espaço de Saúde e de Cultura*, intitulado *A importância do processo de separação e socialização dos bebês, face aos adultos que se ocupam e se responsabilizam por eles*, colocou-me em contato com a psicanalista Françoise Dolto e do seu conceito de *imagem inconsciente do corpo*. Para esta psicanalista, que se notabilizou pelo tratamento de crianças, as trocas estabelecidas entre a mãe e seu/sua filho(a) têm início ainda na vida intra-uterina e se prolongam por toda a infância como uma *vivência relacional* que marcará o psiquismo da criança por toda a vida.

Pude constatar que mesmo sem o conhecimento dessa teoria eu já estivera de alguma forma associado a ela através de um trabalho que realizara, em associação com outros profissionais, na UTI neonatal no Hospital Barão de Lucena, no Recife, de cujo corpo clínico fiz parte no ano de 1997. Durante essa experiência os contatos físicos entre as mães e as crianças recém-nascidas ali internadas eram estimulados. Havia a convicção de que a maternagem daquelas crianças — algumas das quais em coma — facilitava o processo de recuperação, bem como a re-lactação e re-familiarização subsequente à alta hospitalar. Convicção essa partilhada por todas as pessoas envolvidas com a experiência, mesmo aquelas que inicialmente se posicionavam de uma forma crítica.

Os conceitos de *confiança básica* e *imagem inconsciente do corpo* foram estabelecidos a partir de duas visões inicialmente diferentes, embora consubstanciadas no mesmo referencial teórico básico. Numa primeira leitura haveria muito pouco de comum entre o pensamento de Erikson e Dolto, exceto pelo fato de os dois serem psicanalistas. Mas alguns pontos cruciais e comuns aos dois chamaram-me a atenção, dentre os quais pontuo a importância conferida à presença da mãe e dos cuidados maternos nas primeiras fases da vida como elementos determinantes para um desenvolvimento infantil saudável.

Haveria alguma relação entre o conceito de *confiança básica* de Erikson e *imagem inconsciente do corpo* de Dolto? Poderíamos estabelecer, afinal, alguma relação entre a qualidade dos cuidados dispensados à criança e a maneira como essa criança — ou o adulto em que se transformará — se posiciona frente aos desafios no mundo? Poderia haver alguma vinculação entre esses cuidados e possíveis transtornos psíquicos que essas crianças viessem a desenvolver? Em 2001, em seu Relatório sobre saúde mental no mundo, a Organização Mundial de Saúde-OMS afirmou que “A criança privada de afeto por parte dos seus cuidadores tem mais probabilidade de manifestar *transtornos mentais e comportamentais*, durante a infância ou numa fase posterior da vida” (OMS/OPAS, 2001: 2). Eu não estava só na minha convicção.

Assim formou-se o esboço do que viria a ser o meu objeto de pesquisa. Começou assim. Mas só começou. Precisava buscar a compreensão do problema do ponto de vista

científico. Delimitar o objeto, definir conceitos. O que estaria mesmo acontecendo? Haveria de fato um incremento de situações de risco? O que poderia ser entendido, afinal, como *transtorno mental e comportamental*? Essa expressão contemplaria toda a gama de distúrbios ou alterações a que uma pessoa, particularmente uma criança, estaria submetida quando afastada das condições sociais, culturais e temporais definidas como *normais*? A própria noção de normalidade abre, de imediato, uma gama considerável de questionamentos.

No Brasil, os fóruns de discussão da problemática da saúde mental têm preferido denominar *sofrimento psíquico* ao conjunto de alterações que a OMS classifica, grosso modo, como *transtorno mental e comportamental*. Mas não exclusivamente. Nesse campo a possibilidade do consenso é muito pequena, em vista de critérios variados de classificação ou até mesmo de diferenças culturais que pressupõe entendimentos diferenciados de algumas condições clínicas. Sendo exatamente essa a razão de optar pela nomenclatura consagrada pela OMS, por aceita-la como a mais abrangente.

Partindo, então, do conceito da OMS, o que seria um *transtorno mental e comportamental* numa criança? Depressão é *transtorno mental e comportamental*? Suicídio ou sua tentativa podem ser considerados como tal? E autismo? E Síndrome de Down? Esquizofrenia? Pânico? O conceito adotado pela OMS baseia-se — segundo a própria Organização — em estudos de vários autores. Não goza de unanimidade, mas é um consenso mínimo. Por outro lado, a OMS adota uma classificação de *transtornos mentais e comportamentais* que procura levar em consideração a opinião de muitos estudiosos, em várias partes do mundo. Assim, tanto o conceito como a classificação dessa natureza de transtorno não gozam de unanimidade e também não contemplam toda a complexidade que o problema comporta. Mas serve como norteador. Pode ajudar.

Vamos ver também como outros profissionais vêem o problema, com o intuito de ampliarmos o ângulo de visão, envolver outros aspectos. Vamos lançar um pouco de luz sobre esses tais *transtornos mentais e comportamentais*, para que possamos, a partir de um entendimento comum, obtermos uma terminologia que nos possa servir como referencial.

Uma pergunta natural aparece: e quando a doença é na mente e compromete o corpo? E quando é o contrário? Essa complexificação na abordagem do problema faz-se necessária ante a miríade de condições clínicas atualmente observadas sem que a presumível causa possa ser localizada com precisão. Pneumonia é uma doença do corpo e esquizofrenia é uma doença da mente, nos informam os critérios clássicos de classificação das doenças em *mentais* e *orgânicas*. Mas o que fazer com a *depressão*, que compromete o estado emocional, mas tem um substrato físico, representado pela queda nos níveis de serotonina — um neurotransmissor — ? E com a *fibromialgia* que, ao contrário, compromete o corpo, mas não parece determinar alterações somáticas detectáveis às investigações laboratoriais? E como classificar a *síndrome do pânico*, espécie de ‘brincadeira de mau-gosto’ do sistema nervoso autônomo?

Todas essas considerações nos conduzem à necessidade de alguma discussão sobre essa separação de *corpo* e *mente*. Vamos refletir um pouco sobre isso que chamamos *dualidade corpo/mente* e como isso se relaciona com o momento histórico e com o meio. Em que base se assenta essa dicotomização do ser humano em corpo e mente? Sempre foi assim? Em todas as culturas é assim? Faz sentido pensar o ser humano nessa dualidade? O que se tem de novo sobre tudo isso?

Há uma crença generalizada de que as pessoas estão adoecendo mais, o que é corroborado pelas estatísticas, como veremos. Um dia ouvi de um paciente: “está é todo mundo enlouquecendo. Também pudera, com esse tanto de coisa acontecendo ao mesmo tempo. Os pais não têm mais tempo de cuidar dos filhos. A violência não nos deixa pensar em alternativas de lazer que não sejam sob controle e vigilância...[E conclui:] “Acho que tudo isso é consequência da loucura que tomou conta do mundo. Ninguém mais se entende, e as crianças estão saindo como vítimas maiores nessa história toda.”. Posição algo próxima daquela expressa por Jacques Lacan, quando em uma de suas últimas apresentações, ao ser interpelado por uma ouvinte acerca de um paciente surtado que acabara de discutir, disse: “Todos ao hospício! Todos ao hospício!”. E diante da insistência do ouvinte, repetiu: “Todos ao hospício!”. Gerard Haddad, analisando e discípulo de Lacan, a propósito desse episódio,

assegura: “Esse era seu último diagnóstico sobre a humanidade moderna alguns meses antes de deixá-la. Todos loucos.” (2003: 167).

Seria algo sobre o que pensar. Os adultos estão doentes. As crianças estão adoecendo mais. Haveria alguma relação? Um estudo sobre a mente humana — enquanto psiquismo — poderia nos ajudar a entender melhor tudo isso? Estou convencido que sim.

Existem muitas maneiras de procurar uma melhor compreensão do ser humano. A filosofia pode dizer algumas coisas, a religião diz outras. A sociologia pode explicar uma parte. Mas eu escolhi buscar um maior entendimento do ser humano a partir da compreensão dos seus processos mentais, de seu *psiquismo* em bases psicanalíticas. Ou seja, a partir do referencial teórico criado por Sigmund Freud, para quem a diferença substancial entre um ser humano e os demais viventes reside em nossa capacidade de *desejar*. É pelo desejo que nos diferenciamos do restante da natureza. Desejo entendido como a capacidade inerentemente humana de buscar satisfação pela fantasia, que não deve ser identificada como mera necessidade ou mesmo demanda — aquilo que expresse como vontade — mas como força ou impulso à satisfação do que fantasio como necessidade. “A concepção freudiana de desejo refere-se especialmente ao desejo inconsciente, ligado a signos infantis indestrutíveis. (...) É a articulação desses sinais [signos] que constitui aquele correlativo do desejo que é a fantasia” (Laplanche e Pontalis, 2001: 114). Por oferecer uma possibilidade de apreensão das *motivações inconscientes* dos nossos atos, exatamente aqueles que, no meu entendimento, vão conformar a nossa mente, o nosso psiquismo, considero a psicanálise o melhor instrumento para o estudo que pretendo encetar nesta dissertação.

Dentre os psicanalistas, volto-me em particular para Erik Erikson e Françoise Dolto. Para Erikson a vida humana é intergeracional, e se realiza num ciclo que ele chamou de *Ciclo de Vida*, entendido como o processo de desenvolvimento do ser humano que começa com a história dos pais, tem continuidade na infância, passa pela idade adulta e termina na velhice. Neste *Ciclo*, cada fase da vida se relaciona de forma imbricada e profunda com as outras, e cada período da vida tem os seus desafios e suas conquistas. Na primeira infância o desafio ocorre em torno do sentimento de *confiança básica* e de *desconfiança básica*. Tanto um como

o outro, bem como o equilíbrio entre eles, depende essencialmente da mãe e dos cuidados dispensados à criança no começo da vida. Vamos ver como tudo isso se relaciona: seio, mamilo, leite, criança, boca, ânus... Enfim, as zonas ou áreas de prazer da criança. E como a mãe entra nesse processo. Nas palavras de Erikson: “O firme estabelecimento de padrões duráveis para a solução do conflito nuclear da *confiança básica* versus a *desconfiança básica*, (...) é a primeira tarefa do ego e (...) uma tarefa para o cuidado materno.” (1976a: 220).

Dolto, por sua vez, considera a criança um *ser de linguagem*. Forma-se na linguagem e pela linguagem, ou seja, imersa numa cultura. Mas não entra na cultura de qualquer maneira, o faz através da mãe. É a mãe que, num primeiro momento, sustenta o desejo da criança de vir-a-ser e posteriormente a separa de si, afastando-se e tornando-a pessoa. Sendo, portanto, avalizadora do processo de conformação do sujeito-que-há-de-vir. Para Dolto “a criança é herdeira simbólica do desejo dos genitores que a conceberam” (2002: 38). Nesse sentido, tem início como sujeito antes de ser como indivíduo. Todo esse processo se inicia no desejo dos pais — que se conforma e adquire sentido dentro de uma realidade culturalmente dada —, passa pela conformação do sujeito na vida intra-uterina, tem continuidade na infância e se conclui com a quebra do vínculo entre a mãe e seu filho. Esta quebra por sua vez constitui um processo complexo e dinâmico que a autora denomina *castração simbólica*, conduzida pela mãe.

Por *imagem inconsciente do corpo* a autora designa todo esse processo de formação e conformação do sujeito desejante, e propugna que a sua adequada condução cria as condições para que a criança se desenvolva de forma coesa e equilibrada, ou seja, dotada de uma “continuidade espaço-temporal que permanece e vai-se preenchendo desde o nascimento, apesar das mutações de sua vida e dos deslocamentos impostos a seu corpo e, a despeito das provas a que ele é levado a submeter-se.” (2002: 38).

Os dois conceitos chamaram-me a atenção por serem aqueles que, no meu entendimento, fornecem a melhor maneira de compreender o universo mental infantil, particularmente no que diz respeito à formação do psiquismo infantil. Foram conceitos estabelecidos por estudiosos de um mesmo campo geral do conhecimento humano — a

psicanálise — mas pertencentes a escolas de orientações teóricas diferentes. Erik Erikson é um prócer do ramo psicanalítico denominado Psicologia do Ego, enquanto Françoise Dolto, embora sem filiação psicanalítica assumida — poder-se-á dizer que é *doltoniana* — situa-se teoricamente muito mais próxima ao ramo psicanalítico associado a Lacan, opositor assumido dos princípios defendidos pela Psicologia do Ego. Porém, mesmo com essas diferenças — e, aliás, por causa delas — decidi empreender o estudo que ora lhes apresento e cujo objetivo maior é estabelecer o que chamei de *diálogo possível* entre os dois autores. Mas um diálogo estimulado e orientado à compreensão do que observo a partir da clínica em termos de *sofrimento psíquico* ou *sofrimento mental* — expressões utilizadas nos fóruns brasileiros de saúde mental —, ou *transtornos mentais e comportamentais* — conforme a OMS — na população infantil.

Por fim, cumpre-me situar o tema em estudo no âmbito da saúde pública. Para esse intento lembro a preocupação e atenção recomendada pela Organização Mundial de Saúde que, através do Relatório de 2001: “*Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*”, alerta para o vertiginoso crescimento das condições caracterizáveis como de *transtornos mentais e comportamentais*. Na *Mensagem da Diretora Geral*, à guisa de introdução ao documento citado, a Dra. Gro H. Brundtland lembra que apenas a *depressão*, um desses transtornos, é hoje uma das principais causas de incapacidade, cuja incidência cresce anualmente e “a se confirmarem as expectativas, até o ano 2020 figurará como a segunda maior causa de incapacidade no mundo” (OMS/OPAS, 2001: Mensagem da Diretora Geral; versão completa). Ainda para Brundtland, “falar em saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes” (Id. Ib).

Por outro lado, contrariamente à crença prevalente no senso comum, os *transtornos mentais e comportamentais* têm-se tornado, segundo a OMS, bastante freqüentes na infância e adolescência. Além disso, ressalta a Dra. Brundtland, “muitos dos transtornos freqüentemente observados em adultos podem ter início durante a infância. Exemplo disso é a depressão, que vem sendo identificada com crescente freqüência entre crianças” (Id. Ib.).

Por envolver questões complexas que contemplam aspectos individuais e coletivos de saúde. Por integrar, enfim, o universo infantil ao universo adulto, inclusive levando em conta aspectos econômicos e mercado de trabalho, a abordagem da *saúde mental* — em particular da *saúde mental infantil* — converte-se em tarefa de Estado, a demandar-lhe providências e políticas à altura do desafio que, como denunciado pela OMS, atinge ampla parcela da população. Por essas razões, dentre outras, creio na pertinência da discussão em tela no âmbito da Saúde Pública. Procuro inserir o meu trabalho como uma contribuição, dentre várias, à discussão do tema geral *saúde mental infantil*.

Capítulo 1

O PERCURSO METODOLÓGICO

Queremos propor (...) que desenvolvam projetos menos rigorosos e mais passionais. Queremos propor a produção do conhecimento como uma arte, ainda que se trate de conhecimento científico.

Tobar e Yalour

O ponto de partida das minhas preocupações para a investigação a que me propus foi a minha observação do crescente contingente de crianças e adolescentes que passaram a demandar cuidados médicos em vista de problemas que poderíamos genericamente enquadrar como *sofrimento psíquico*, *sofrimento mental* ou *transtorno mental e comportamental*, para usar os termos consagrados pela Organização Mundial de Saúde-OMS.

Ideação e/ou tentativas de suicídios ou mesmo suicídios consumados, depressão, melancolia, distúrbios do sono, gastrites nervosas, dores abdominais recorrentes, alopecia, bulimia, anorexia, ansiedade, pânico, violência gratuita, hiperatividade com ou sem déficit de atenção, desânimo sem causa aparente, distímia, entre outros, tornaram-se temas obrigatórios de encontros, simpósios e congressos pediátricos nos últimos anos. As publicações especializadas, quer no âmbito da pediatria geral, quer no âmbito da pediatria psiquiátrica ou da psicologia, também passaram a dedicar maior espaço a esses assuntos.

A Internet fornece milhares de acessos a artigos, revistas e livros sobre o tema. Somente através do portal de busca Google (<<http://www.google.com>>) poderemos acessar atualmente mais de mil e setecentas publicações nacionais referentes ao tema “*depressão infantil*”, e mais de 65 mil referências em inglês (“*childhood depression*”). Além de outros milhares relativos a temas afins.

O Relatório de 2001 da Organização Mundial de Saúde-OMS, já mencionado, publicado em português sob a responsabilidade da Organização Pan-americana de Saúde (OMS/OPAS, 2001¹), trás importantes constatações acerca do aumento dos problemas relacionados à saúde mental. A depressão, um dos distúrbios arrolados como *transtorno mental*, tem assumido nos últimos anos uma grande importância no cenário patológico mundial. Atualmente figura em quarto lugar entre as dez principais causas de adoecimento no

¹Resumo disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms2.html>>. O relatório completo pode ser obtido em <<http://www.inverso.org.br/blob/67.pdf>>. Nesta dissertação as menções feitas ao Relatório OMS/OPAS 2001 estão em referência ao primeiro endereço eletrônico mencionado; quando necessário, menciono textos extraídos do segundo endereço eletrônico e nesse caso a citação ou menção será indicada pela sentença *versão completa*.

mundo, ou seja: ocupa o quarto lugar como causa da *carga patológica*² mundial, com estimativa de que até o ano 2020 venha a ocupar o segundo lugar neste rol, ficando atrás apenas das doenças isquêmicas do coração.

O Relatório OMS/OPAS 2001 chama ainda a atenção para o aumento que se tem verificado nesse tipo de transtorno entre crianças e adolescentes e alerta para o fato de que a crença popular segundo a qual os *transtornos mentais e comportamentais* em crianças são pouco freqüentes não encontra respaldo na realidade. Ao contrário, esses transtornos — denuncia a OMS — “... são comuns durante a infância e a adolescência, mas tem-se dado insuficiente atenção a essa área da saúde mental” (OMS/OPAS 2001: 4).

Esse mesmo documento menciona ainda, a título de complementação, um estudo do Departamento de Saúde dos Estados Unidos (US-DHHS), cujo diretor geral afirma que o seu país “está passando por uma crise na saúde mental dos lactentes, crianças e adolescentes”.(US-DHHS, 2001 apud OMS/OPAS 2001: 4)³. A Organização Mundial de Saúde sintetiza neste estudo a preocupação que os temas ligados à esfera da saúde mental, particularmente em crianças, têm despertado em cientistas sociais, médicos, psicólogos, psicoterapeutas, autoridades sanitárias, enfim, os setores sociais envolvidos com a discussão pública do assunto. A preocupação e as discussões em torno do tema têm crescido nos últimos anos, embora se reconheça que a atenção devida esteja aquém da necessária.

Devo admitir, no entanto, que até a minha vinda para o Estado de Santa Catarina no ano de 2000, posicionava-me frente a esses problemas mais como um observador. A minha experiência clínica, como pediatra-neonatologista e a minha atuação em Equipes de Saúde da Família como médico de família e comunidade⁴ nos Estados do Piauí e Pernambuco, não me

²A carga patológica, aferida pelo índice AVAI (Ano de Vida Ajustado por Incapacidade), mede os *anos de vida saudável perdidos* por uma população em vista de uma determinada patologia. É um índice estatístico e indica o peso que determinada patologia exerce no conjunto das patologias incapacitantes de uma população.

³US DHHS-United States Department of Health and Human Services. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EE.UU. é responsável pelas ações de saúde, assistência social e desenvolvimento humano. Seria correspondente, no Brasil, ao Ministério da Saúde, dos Esportes e Assistência Social juntos.

⁴Designação atual da especialidade médica mais diretamente engajada na Atenção Primária à Saúde, da qual o Programa de Saúde da Família-PSF é uma das expressões. A terminologia *Medicina de Família e Comunidade* substituiu desde abril de 2002 a antiga denominação *Medicina Geral Comunitária* e tornou-se especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira-AMB desde novembro de 2003 (Falk, 2004: 5-9).

colocaram em contato direto com esse tipo de problemas, muito embora nesses Estados eu tenha desenvolvido basicamente as mesmas funções aqui desenvolvidas.

Em Santa Catarina, a minha primeira experiência profissional ocorreu na cidade de Blumenau, mais especificamente no bairro de Nova Esperança, onde trabalhei — e morei — durante três meses, como médico do Programa de Saúde da Família-PSF, atendendo a uma população estimada em seis mil pessoas. Naquela comunidade surpreendeu-me o consumo de medicamentos psicoativos — aqueles popularmente chamados *remédios controlados* —, e mais ainda o consumo desse tipo de medicação por parte da população de faixa etária correspondente à infância e adolescência. Além disso, atendi a três casos de tentativa de suicídio em menores de 21 anos de idade, fato que me pareceu igualmente inusitado.

Tratava-se de uma experiência nova para mim, pois na minha prática médica anterior, desenvolvida em cidades do interior e nas capitais dos Estados nordestinos onde trabalhara por um período de cerca de dez anos, não verifiquei a necessidade de prescrição desse tipo de medicamentos para o público infantil. Exceto para as chamadas patologias orgânicas. Vivenciei situação semelhante em relação aos casos de tentativas de suicídio ou de suicídios consumados.

Uma primeira impressão viria no sentido de ratificar o senso comum segundo o qual povos de descendência germânica são mais propensos a transtornos emocionais em vista do estoicismo a eles atribuído, em comparação com o *modus vivendi* um tanto mais despojado dos povos de origem latina, africana e indígena, de cuja descendência provém a maioria da população nordestina. Condições sócio-econômicas e fatores climáticos também costumam ser apresentados como possíveis determinantes de uma maior incidência dos distúrbios de natureza mental, muito embora essa impressão careça de conformação estatística. Na realidade não é possível definir com precisão um ou alguns fatores determinantes dessa natureza de transtorno, até porque não existe uma só manifestação dos mesmos. Variadas condições ensejam variados tipo e modos de manifestação das patologias mentais e emocionais ou comportamentais. “É muito difícil, senão impossível, encontrar uma explicação comum para essa diversidade de variações” (OMS/OPAS, 2001: 4). Mas essa primeira impressão me

“contaminou” e os achados clínicos verificados em Blumenau-SC soaram em mim como uma *confirmação* dessa impressão calcada no senso comum.

Após essa experiência em Nova Esperança/Blumenau passei a trabalhar na cidade de Águas Mornas, também no Estado de Santa Catarina, onde permaneci por cerca de um ano, vinculado ao PSF. Nesta cidade não verifiquei a necessidade da prescrição de drogas de notificação obrigatória para crianças e adolescentes, em vista de *transtornos de comportamento e emocionais*. Exceção feita aos casos de patologias orgânicas. Também não tomei conhecimento de nenhum caso de tentativa de suicídio ou suicídio consumado na faixa etária correspondente à infância e adolescência. Isso poderia sugerir um volume efetivamente menor de casos clínicos relacionados aos *transtornos mentais e comportamentais* na população infantil? Embora eu não possa afirmar positivamente, a observação chamou-me a atenção.

As condições climáticas, étnicas e sócio-econômicas de Águas Mornas apresentam muitas semelhanças com o município de Blumenau. Em ambas as cidades a descendência é majoritariamente de origem germânica. Blumenau tem renda *per capita* de 4900 e Águas Mornas 4232 reais. A esperança de vida ao nascer é de 74,5 e 75,1 anos para Blumenau e Águas Mornas, respectivamente (IBGE, 2002). Por fim, o índice de desenvolvimento humano municipal, calculado para o ano 2000 (IDH-M/2000)⁵, apresenta valores próximos nos dois municípios: 0,855 para Blumenau e 0,783 para Águas Mornas.

A minha inquietação foi tomando corpo. Como justificar as presumíveis diferenças entre a prevalência dos *transtornos mentais e comportamentais* verificados entre a população infanto-juvenil das cidades nordestinas onde trabalhara e as populações catarinenses de Nova Esperança em Blumenau e Águas Mornas? Haveria mesmo uma diferença significativa na prevalência desse tipo de transtorno em crianças e adolescentes, materializada no consumo aumentado de psicotrópicos e/ou nas tentativas de suicídio ou suicídios consumados nessas cidades?

⁵ O Índice de Desenvolvimento Humano, adotado pela ONU, leva em conta dados econômicos (PIB corrigido pelo poder de compra da moeda em cada região e renda per capita) e informações sobre alfabetização e taxa de matrículas. Varia de zero a um (máximo desenvolvimento humano). Fonte: PNUD.

O primeiro desafio com o qual me deparei ocorreu quando busquei informações acerca do consumo de medicamentos psicoativos pela população infanto-juvenil de Blumenau. A minha experiência clínica, abonada pelas informações de outros médicos e de alguns enfermeiros, falava a favor de um consumo elevado. Mas não pude ter acesso a dados oficiais. Aliás, informaram-me nos setores competentes que não há dados oficiais disponíveis, sobretudo no que diz respeito ao consumo por faixa etária, pois a liberação dos medicamentos nos postos de saúde não prevê um controle por idade — dado, aliás, que não consta dos receituários de medicamentos controlados, seja da medicação de notificação compulsória A e B ou da *prescrição especial*.⁶ Por essa razão, dentre outras, a avaliação do consumo de drogas psicoativas por faixa etária é impraticável com a base de dados atualmente disponível.

Por outro lado, a comparação entre municípios no que diz respeito aos gastos com medicamentos, que nos permitiria inferir o consumo, é inviável, pois não há um controle nacionalmente centralizado sobre a distribuição de medicamentos, exceto em alguns programas especiais como DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes — os dois últimos ainda em fase de implantação —. Assim, um maior gasto com medicamentos de um município em relação a outro, pode indicar maior demanda por parte da população como uma maior disponibilidade de recursos ou mesmo um maior comprometimento no tocante à política de distribuição de remédios por parte do gestor municipal de saúde.

Quanto aos diagnósticos relativos aos *transtornos mentais e comportamentais* em crianças e adolescentes, os dados são pouco precisos. Primeiro, porque a base de dados do serviço público no âmbito da atenção primária (SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica) não distingue os casos relacionados aos *transtornos emocionais e de humor (afetivos)* de outros *transtornos mentais e comportamentais* como os induzidos pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas, por estresse, neuróticos, psicóticos ou ainda aqueles derivados de distúrbios orgânicos. Segundo, porque existe uma grande dificuldade por parte dos clínicos e pediatras

⁶ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária preconiza três formulários-receitas para medicamentos psicoativos: o formulário de notificação A (*receita amarela*), utilizada para prescrição de drogas com alto poder de gerar dependência; o formulário de notificação B (*receita azul*), utilizado para a prescrição de medicamentos com médio poder de gerar dependência e a *receita branca especial* (duas vias) utilizada para a prescrição de drogas psicoativas *leves*. Em nenhuma dos três são solicitadas informações sobre a idade do usuário.

— a quem normalmente esses pacientes recorrem em primeira mão — em diagnosticar *transtornos mentais e comportamentais* em crianças, exceto em se tratando dos casos com etiologia orgânica.

O desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde da vinculação de certos sintomas aos *transtornos mentais e comportamentais*, ou mesmo o receio de estigmatizar o pequeno paciente como portador de uma *doença mental*, estão na origem do sub-diagnóstico que se verifica nesse campo. Na verdade o rótulo de *doente mental ou psiquiátrico* — qualquer que seja a patologia específica considerada — é reconhecido pela comunidade médica como altamente estigmatizante (Moffatt, 1994). Por essa razão, freqüentemente se pode encontrar um portador de *transtorno mental e comportamental* infantil sendo acompanhado sob um diagnóstico *menos comprometedor*. De fato, não é fácil diagnosticar uma criança como *depressiva ou suicida*, em vista da estigmatização que sói acompanhar esse diagnóstico/rótulo.

Pude verificar, através de levantamento feito nas fichas de produção do SIAB, em Biguaçu-SC — onde trabalhei nos últimos anos — que não constam, ou quase não constam, diagnósticos ligados a esse tipo de distúrbio. De quase cinco mil atendimentos feitos pelas Equipes de Saúde da Família daquele município, no mês de março/2005, apenas 16 casos foram identificados como de *transtorno* ou *distúrbio depressivo*. Quando questionei, em reunião das Equipes, o baixo número, os colegas médicos admitiram que, *para não comprometer* o usuário, fazem freqüentemente o que eu denomino *aproximação diagnóstica*, procedimento através do qual um *transtorno depressivo* é registrado como *labilidade do humor*, por exemplo. O que não deixa de ser verdadeiro — afinal a labilidade do humor é uma das possíveis e freqüentes manifestações da depressão —. O gesto revela uma preocupação legítima, mas certamente contribui para o aumento do fenômeno da sub-notificação e, dessa forma, reduz a carga patológica em vista dos *transtornos depressivos*, conforme mencionado acima.

Em termos de registro junto ao Datasus os casos de suicídio ou às tentativas de suicídio apresentam-se sob forma menos variadas, pois todos poderiam ser arrolados na

classificação geral de *lesões autoprovocadas voluntariamente*.⁷ Mesmo assim há espaço para a sub-notificação que, nesses casos, decorre do fato de serem disponibilizadas apenas as ocorrências que gerarem internação. A partir de dados constantes no endereço eletrônico do Datasus (<<http://www.datasus.gov.br>>) verifica-se que no Estado de Santa Catarina, de janeiro de 2000 a janeiro de 2005, foram internadas 15 pessoas com idades compreendidas entre cinco e 19 anos por *lesões autoprovocadas voluntariamente*, dentre as quais poderíamos arrolar as tentativas de suicídio. Dessas pessoas, seis eram de Criciúma e uma residia em cada um dos seguintes municípios: Calmon, Blumenau, Urussanga, Taió, Cocal do Sul, Morro da Fumaça, Mirim Doce, Correia Pinto e Papanduva.

Chama a atenção o fato de Criciúma contribuir com 40% destas internações, bem como o não registro de casos semelhantes em outros municípios, além dos citados, sobretudo se considerarmos que no período de 2000 a 2003 — portanto dentro do período considerado pelo Datasus — um estudo efetuado por Pacheco e colegas (2003) levantou 13 casos de suicídios consumados na faixa etária de 11 a 20 anos necropsiados no Instituto Médico Legal de Florianópolis, provenientes da região metropolitana da Grande Florianópolis, que inclui os municípios de Florianópolis, São José, Palhoças, Santo Amaro da Imperatriz, Biguaçu e Águas Mornas.

Comparando as duas fontes, podemos ver que pelo levantamento de Pacheco e colegas — com base em ocorrências verificadas no IML — foram registrados 13 casos de suicídios consumados na região da Grande Florianópolis; enquanto pelos dados disponíveis no Datasus, nenhuma internação por tentativa de suicídio ocorreu no mesmo período e área. Ora, segundo a OMS, ocorrem no mundo entre 10 a 20 milhões de tentativas de suicídios e um milhão de suicídios consumados por ano (OMS/OPAS 2001: Mensagem da Diretora Geral; versão completa). Isso indica que em termos médios mundiais a relação entre suicídios consumados e tentativas é de um para 10-20; ou seja, para cada grupo de 10 a 20 pessoas que tentam o suicídio, apenas uma efetivamente consome o suicídio. Mesmo considerando a margem

⁷Denominação adotada pela Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Correlatos, décima edição – CID-10, ratificada pela OMS em 1990, para lesões autoprovocadas voluntariamente, dentre as quais o suicídio ou suas tentativas.

menor, seria esperado algo em torno de 130 tentativas de suicídios na região da Grande Florianópolis, no período de 2000 a 2003. Mas nenhuma internação por esse motivo, como visto, foi registrada. Esse fato nos alerta para a possibilidade da sub-notificação.

Como os dados disponíveis no Datasus dizem respeito apenas aos casos que geraram internação via Sistema Único de Saúde, os resolvidos no âmbito do atendimento de emergência ou os casos ‘tratados’ domiciliarmente, bem como os atendimentos em clínicas privadas, não figuram nesta lista, o que afeta os dados, levando a um comprometimento da sua fidedignidade. Fato acrescido pela sub-notificação em vista do receio da estigmatização, situação semelhante — e até agravada — àquela verificada quanto aos *distúrbios* ou *transtornos depressivos*.

Esse fato pode ser corroborado na prática clínica diária em serviços de pronto-atendimento. Em quase todos os casos de tentativas de suicídio envolvendo crianças e adolescentes que atendi, fui instado pelos familiares — de forma sutil ou às vezes ostensiva — a ocultar a verdadeira causa do atendimento, por vezes como pré-condição para que a vítima fosse levada a mim para avaliação e para a necessária abordagem terapêutica. Por vezes a família se negou até mesmo a aceitar o fato de que seu/sua filho/filha tentara suicidar-se. A negativa dos familiares gera um certo impasse quanto ao registro diagnóstico posto que, não havendo aquiescência da família quanto às verdadeiras causas das lesões ostentadas pela vítima, o médico pode apenas presumir, mas a rigor não pode afirmar tratar-se de tentativa de suicídio sem um procedimento pericial correspondente, nem sempre factível ou conveniente.

Ainda a propósito da provável sub-notificação dos casos de tentativa de suicídio, menciono as *intoxicações exógenas*. Diagnóstico que, na minha experiência clínica em serviços de urgência e emergência, por vezes esconde tentativas de suicídio. De acordo com levantamento do CEATOX/FMUSP (2005), são atendidos, em média, 54 casos de intoxicação por água sanitária por mês naquele serviço. Não é feita menção à natureza dessas intoxicações, mas o profissional de saúde com experiência em serviço de pronto-atendimento sabe que a ingestão de água sanitária figura entre as formas comuns de tentativas de suicídio

por envenenamento, particularmente em crianças que desde muito cedo recebem informações acerca do perigo representado por esse produto.

Em visto do exposto, que materializa a fragilidade dos dados oficiais, seja no que diz respeito ao consumo de drogas psicoativas, seja quanto aos casos de depressão e/ou suicídios consumados ou tentados, considerei que a avaliação dos casos de *transtorno mental e comportamental* em crianças com base nesses dados seria pouco confiável. Restava-me a consulta direta a prontuários médicos, a partir dos quais intentaria traçar um perfil das ocorrências, que pudesse me levar a uma avaliação comparativa entre os municípios de Blumenau e Águas Mornas quanto a essa natureza de distúrbio.

Pude constatar, porém, que a consulta em prontuários médicos de pacientes também não fornece dados muito esclarecedores. A primeira dificuldade constatada foi a de localização do próprio prontuário, pois não são poucos os documentos extraviados. Em Águas Mornas, por exemplo, a chuva havia destruído — segundo me foi informado na Secretaria Municipal de Saúde — parte importante do acervo de prontuários médicos disponíveis até o início do ano 2000. Por outro lado, observei a falta de registros confiáveis. Aqui novamente deparei-me com a problemática da presumível sub-notificação; neste caso derivada do sub-registro. Foi comum encontrar nos prontuários analisados histórias clínicas compatíveis com tentativa de suicídio, mas concluídas com hipóteses diagnósticas diferentes. Fato já mencionado como prevalente e recorrente.

Em um dos prontuários por mim analisados pude ver o seguinte registro médico no campo da ficha de atendimento destinado à história clínica: “ingesta de substância química corrosiva”. Tratar-se-ia de uma tentativa de suicídio? No campo da ficha destinado à hipótese diagnóstica o profissional médico registrou: “Intoxicação exógena”. Em outro prontuário verifiquei um registro com três sentenças, como segue: “QP [Queixa Principal]: tiro acidental. HDA[História da Doença Atual]: acidente enquanto limpava a arma; terceira vez. HD [Hipótese Diagnóstica]: acidente com arma de fogo”. A tentativa de suicídio poderia ser presumida, o que acredito tenha sido a opinião do próprio médico atendente, em vista da menção ao fato de ter sido “a terceira vez”. Mas o médico efetivamente não mencionou esse

diagnóstico. Anotações demasiadamente sumárias, inconclusivas ou até mesmo ilegíveis são frequentes e comprometem uma avaliação mais precisa e potencializam a dificuldade de uma análise diagnóstica a partir da consulta aos prontuários.

Diante da dificuldade encontrada em lidar com a problemática dos *transtornos mentais e comportamentais* infantis a partir de dados oficiais disponíveis abandonei a idéia de um estudo comparativo, seja entre os achados de Santa Catarina em relação aos Estados nordestinos onde trabalhara, seja entre a comunidade de Nova Esperança, em Blumenau e o município de Águas Mornas. Entretanto, continuava convencido — a partir da prática ambulatorial cotidiana — das diferentes intensidades na manifestação desses transtornos. O volume de achados clínicos verificados em Nova Esperança/Blumenau em tão pouco tempo de atividade, associado ao relato do pessoal médico e demais membros da Equipe de Saúde da Família, ratificando a freqüência de tentativas de suicídio bem como o consumo de drogas psicoativas pela população infanto-juvenil, convenceu-me da maior ocorrência de *transtornos mentais e comportamentais* na população infantil e juvenil na comunidade de Nova Esperança/Blumenau, tanto em relação às cidades nordestinas, como em relação à cidade de Águas Mornas.

O que poderia explicar essa diferença suposta existente? Clima, composição étnica e aspectos sócio-econômicos, além de não darem conta da questão *per se*, são muito semelhantes nos dois municípios catarinenses. Há, porém, uma grande diferença que se verifica entre Nova Esperança/Blumenau e o município de Águas Mornas e que também se verifica entre esta e as cidades nordestinas onde trabalhara: o estilo de vida, particularmente no que diz respeito à inserção de sua população no mercado de trabalho.

Blumenau é uma cidade predominantemente urbana, com 55% da sua população economicamente ativa (PEA) empregada em atividades industriais e 43% ligada às atividades comerciais e de serviços (Prefeitura Municipal de Blumenau, 2005). As atividades econômicas ligadas ao campo respondem por apenas 2% da PEA. Mesmo as suas comunidades pobres, como Nova Esperança, adotam estilo de vida compatível com o do núcleo social hegemônico. Blumenau é uma das cidades mais industrializadas do país. O seu

parque industrial ocupa o quinto lugar, se excetuarmos as capitais, despontando como o maior pólo têxtil e de confecções do Brasil. Nesta cidade estão sediadas cinco das maiores empresas do setor. Na comunidade de Nova Esperança/Blumenau, pude observar que as pessoas adultas saem de casa para o trabalho normalmente por volta das seis horas da manhã e permanecem envolvidas em suas atividades laborais durante todo o dia. Rotina seguida indistintamente por homens e, sobretudo, mulheres, que constituem mão-de-obra preferencial da indústria têxtil.

No município de Águas Mornas, por outro lado, cerca de 82% da população mora no campo, e a produção de hortifrutigranjeiros é para eles a principal atividade econômica (Prefeitura Municipal Águas Mornas, 2000). Nessa atividade, apesar do esforço familiar ser requerido, não há, em princípio, a separação cotidiana dos membros da família, sendo inclusive comum o envolvimento de crianças nas práticas laborais, segundo as suas possibilidades. Mesmo nas eventuais separações, muito raramente isso se dá por longos períodos, a ponto de uma mãe ou pai sair de casa deixando os seus filhos *ainda* dormindo e retornar quando os mesmos *já estão* novamente dormindo, o que acontece freqüentemente em núcleos urbanos inseridos no mercado como o de Nova Esperança/Blumenau.

Feitas essas constatações, cresceu em mim a convicção de que o estilo de vida, particularmente o afastamento das crianças de suas famílias — mais especificamente de suas mães — poderia justificar o aparecimento, nessas crianças, das condições que em futuro breve ou tardio viessem a produzir alterações no seu processo de formação que redundassem em *transtornos mentais e comportamentais*. Sobretudo se considerarmos que muitos desses afastamentos dão-se nas primeiras fases da vida, especificamente no primeiro ano, período que, como veremos, constitui momento privilegiado para a formação da personalidade e do psiquismo infantil.

Configurou-se para mim uma hipótese plausível para o que era, até aí, a minha principal indagação. A partir da hipótese assim formulada passei a buscar suporte na literatura especializada. Descobri inicialmente que, já na década de 1940, Anna Freud observou que crianças afastadas de suas mães, em vista da guerra, posteriormente desenvolveram distúrbios emocionais mais significativos que aquelas que se mantinham ao lado das mães, mesmo

submetidas aos horrores decorrentes do conflito bélico. Segundo Janet Sayers (1992) a constatação feita por Anna Freud de que o afastamento das crianças de suas mães e mesmo o comportamento dessas mães frente à guerra influenciava de modo decisivo o comportamento e o desenvolvimento mental e emocional de seus filhos, o que levou Anna a *revolucionar a psicanálise*, ao implicar a mãe e a família no processo de formação do psiquismo infantil. Sayers lembra que “(...) isso levou Anna [Freud] a criticar veementemente a incapacidade do governo de atentar para esse sofrimento, ao evacuar as crianças para longe das mães.” (1992: 160). Mesmo considerando o risco físico que essas crianças corriam se permanecessem nas áreas expostas diretamente aos bombardeios.

Antes e depois de Anna Freud outros autores desenvolveram estudos que buscavam enfatizar a importância dos vínculos afetivos, particularmente aqueles estabelecidos entre mães e filhos, para o desenvolvimento infantil saudável. Mais recentemente têm-se feito estudos que buscam aprofundar e dar eco aos trabalhos pioneiros de Melanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott, Erik Erikson, Françoise Dolto, René Spitz dentre outros. A Organização Mundial de Saúde, sintetizando a conclusão desses pesquisadores, afirma no Relatório de 2001:

Um importante achado ocorrido no século XX e que deu forma à compreensão atual, é a importância decisiva do relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância. O cuidado afetuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. (...). A criança privada de afeto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar Transtornos Mentais e Comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida. (OMS/OPAS 2001).

A minha convicção — conformada a partir da observação clínica — de que os laços afetivos estabelecidos entre a criança e os seus cuidadores, em particular o vínculo entre mãe e filho, sobretudo no primeiro ano de vida, cumpriam papel decisivo na formação e consolidação de uma personalidade infantil saudável tomava corpo e adquiria consistência. Mas particularmente chamaram-me a atenção as contribuições originais de Erik Erikson e Françoise Dolto. Os conceitos de *confiança básica* e *imagem inconsciente do corpo* estabelecidos, respectivamente, por esses dois autores, pareceram-me bastante consistentes no

sentido de responderem à minha inquietação quanto às possíveis inter-relações entre *transtornos mentais e comportamentais* infantis e os vínculos afetivos, particularmente aqueles estabelecidos entre mães e filhos.

Por outro lado, embora reconhecendo as diferenças existentes entre as formulações teóricas dos dois autores, pude perceber traços comuns. Ali mesmo onde os dois pareciam tão diferentes — pois se haviam posicionado em lados opostos na grande cisão ocorrida no seio do movimento psicanalítico mundial em 1953⁸ — vislumbrei a possibilidade de um diálogo, tendo como fio condutor a psicopatogênese infantil, tema tão caro aos dois autores.

Assim, formulei como objetivo principal desta dissertação *discutir os aspectos comuns ao pensamento de Erik Erikson e Françoise Dolto no tocante à conformação do psiquismo infantil, destacando os elementos relevantes para o desenvolvimento de personalidades suscetíveis aos transtornos mentais e comportamentais*.

Certamente Françoise Dolto e Erik Erikson foram antecidos por outros psicanalistas infantis; parte do que concluíram embasava-se em estudos anteriores, como é corrente na Ciência. Porém, não lhes podemos negar o pioneirismo no estabelecimento de conceitos que partiam da clínica da criança em sofrimento psíquico e a relacionava com o meio social-cultural em que estavam inseridos, o que constitui exatamente o foco do meu maior interesse, posto que propugno — e intentarei demonstrar ao longo do estudo — que a relação estabelecida entre a criança e o seu meio social-cultural, representado pelos seus cuidadores, contribui de forma decisiva para a conformação da personalidade da criança e para dotá-la das condições básicas de enfrentamento dos chamados fatores estressores, que contribuirão para a definição dos *transtornos mentais e comportamentais infantis*.

Para empreender o estudo, partindo desses pressupostos, escolhi como caminho prioritário de investigação uma pesquisa *explicativa*, entendida como “aquela cujo principal objetivo é tornar inteligível e justificar os motivos de algum fenômeno”. (Tobar e Yalour,

⁸ Em 1953 divergências conceituais e metodológicas, sobretudo no tocante ao ensino de psicanálise, levaram Françoise Dolto, Favez-Boutonnier e Lagache a fundarem a Sociedade Francesa de Psicanálise, no que foram seguidos por Jacques Lacan e outros. Esse gesto provocou a expulsão do grupo da Associação Internacional de Psicanálise (IPA) e constituiu a primeira grande divisão do movimento psicanalítico mundial após a consolidação da psicanálise de orientação freudiana (Chemouni, 1991).

2001: 69), e *bibliográfica* por ser um “estudo sistematizado desenvolvido a partir de material publicado em livros, revistas, jornais, (...)” (Id. Ib.: 72). Tenho por suporte também a minha prática profissional, onde busco endosso para as idéias apresentadas e discutidas, posto que exatamente dessa prática partiram os questionamentos e reflexões que me conduziram aos estudos mencionados.

As pesquisas *explicativas*, segundo Antonio C. Gil “(...) têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos”.(2002: 42). O *fenômeno*, neste estudo, é representado pelos *transtornos mentais e comportamentais infantis* e pelo *diálogo* que intento estabelecer entre os autores em torno desses transtornos. Gil também lembra que é um tipo de pesquisa onde a possibilidade de erros é grande em vista do seu escopo de fornecer os porquês do fenômeno observado. Procurei minimizar essa possibilidade atendo-me à idéia geral de que uma explicação é sempre pautada em determinados pressupostos e somente responde às indagações balizadas por esses pressupostos.

Quanto à escolha da pesquisa *bibliográfica* como procedimento técnico, ainda segundo Gil (2002), as fontes podem ser livros, publicações periódicas e impressos diversos. Tobar e Yalour por sua vez, definem a “pesquisa bibliográfica [como] o estudo sistematizado desenvolvido a partir de material publicado em livros, revistas e jornais, ou seja, materiais acessíveis ao público em geral.” (2002: 72). Nenhum desses autores menciona a internet como fonte de pesquisa, mas faço uso da rede mundial de computadores como fonte alternativa, tendo apenas o cuidado de utilizar-me de bases de dados cujos responsáveis sejam idôneos. Na presente dissertação, contudo, os livros constituem o material central.

Utilizo-me do cabedal teórico de autores variados. E isso também está a serviço do que considero a melhor forma de abordar tema tão complexo. Acho pertinente ampliar o ângulo de visão para que me seja permitido ver de forma mais completa os vários aspectos que o tema, afinal, abarca. Não que com isso esteja buscando um ecletismo estéril, mas uma percepção ampla o suficiente para que o tema possa ser compreendido em suas várias nuances, corroborando, no meu entendimento, os achados que a realidade oferece. Nesse

sentido, concordo com Freud quando diz, a propósito do Pequeno Hans: “(...) todo conhecimento é um monte de retalhos, e que cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido.” (Freud, 1996a: 94).

Cumprе mencionar ainda que Erik Erikson e Françoise Dolto, os autores por mim utilizados como fundamentais e em torno de cujas contribuições teóricas mais relevantes intento estabelecer o *diálogo possível*, jamais aceitaram enquadramento em sistemas rígidos de pensamento. Muito embora psicanalistas com um longo e profícuo trabalho clínico e teórico, ambos sempre se colocaram de forma aberta e atenta frente aos ensinamentos provenientes da clínica; por isso mesmo apresentaram modificações e atualizações dos seus conceitos chaves até bem pouco tempo antes de suas mortes, como veremos ao estudarmos os fragmentos bibliográficos dos mesmos.

Reservo também um lugar para a minha observação clínica, a partir da qual tive a atenção chamada para o tema em apreço e à qual retorno com frequência em busca de embasamento para o que vou encontrando como resultado da pesquisa bibliográfica empreendida. Não tenho a presunção de complementar o trabalho dos autores, também não intento rever a teoria a partir da minha prática, mas rejubilo-me ante o fato de que muito daquilo que acabei encontrando como resultado da pesquisa já tinha sido por mim constatado na minha prática clínica com crianças. Por vezes aventuro-me em ilações entre as minhas observações pessoais e os construtos teóricos nos quais me baseei. Nessas oportunidades ofereço ao estudo a minha contribuição, muito embora o faça fundamentado no raciocínio dos autores.

Capítulo 2

OS CONSTRUTOS CONCEITUAIS

Não há (...) nem ignorância em geral nem saber em geral. Cada forma de conhecimento reconhece-se num certo tipo de saber a que contrapõe um certo tipo de ignorância (...). Todo saber é saber sobre uma certa ignorância e, vice-versa, toda ignorância é ignorância de um certo saber.

Boaventura de Sousa Santos

2.1 SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL: contornos e limitações

Conceitos são recortes no real e são elaborados com base em critérios que nem sempre podem ser estendidos a todos. No que diz respeito particularmente à saúde mental os limites entre as noções de saudável e não-saudável são bastante tênues e por vezes dão lugar a divergências conceituais em vista de considerações culturais, históricas e sociais imprescindíveis. Alterações ou atualizações conceituais bem como as mudanças nas classificações são determinadas, em parte pelo advento de novos distúrbios, em parte pelas modificações em nossa forma de ver e entender certos comportamentos; ou ainda pela descoberta de novos métodos diagnósticos, que nos permitem revelar condições mórbidas antes ocultadas.

Um conceito de *saúde mental* minimamente consensual precisa contemplar as diferenças culturais que impõem entendimentos diferenciados à noção de saúde e doença, de normal e patológico. Em cada país — e às vezes dentro de um mesmo país — grupos diferenciados incorporam entendimentos de *saúde mental* por vezes dissonantes entre si. A OMS, numa tentativa louvável de sumarizar os vários entendimentos de saúde mental, reconhece que:

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização potencial, intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concordamos quanto ao fato de que saúde mental é algo mais que a ausência de transtornos mentais. (OMS/OPAS-2001: 3-4 (versão completa).

O conceito de saúde mental da OMS me parece dotado de grande amplitude e plasticidade. Não limita a noção de saúde mental à ausência de transtorno e, ao propor um conceito genérico, oferece um balizamento para a compreensão da noção de transtornos, aos quais necessariamente implicam características históricas e culturais.

Nesta dissertação *transtorno mental ou mental e comportamental* diz respeito a uma gama de distúrbios de natureza orgânica, de conduta, do humor, derivado do uso de drogas, hiperatividade com déficit de atenção, passando por sinais e sintomas manifestos no âmbito

físico, tais como dores abdominais recorrentes, úlceras, gastrites, anorexia/bulimia, dentre outros. São expressões empregadas pela OMS para designar o mesmo grupo de distúrbio. A expressão *transtorno mental* é também empregada no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental — realizada em 2001, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde — num sentido muito próximo àquele de *sofrimento psíquico* ou *sofrimento mental*, expressões igualmente utilizadas no Relatório acima mencionado (CNSM, 3ª/MS, 2001). A OMS apresenta o que poderíamos entender como critérios gerais para identificação desse tipo de distúrbio, como podemos ver no texto abaixo:

IDENTIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (...). Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. (...). Para serem caracterizados como transtornos mentais, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. (OMS/OPAS, 2001: 2).

A OMS, ao classificar os vários *transtornos mentais e comportamentais*, adota a Codificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Correlatos de Saúde, atualmente em sua décima edição — CID 10 — por ela mesma ratificada e que constitui o resultado do consenso negociado entre especialistas e estudiosos de vários países membros da Organização das Nações Unidas-ONU. No que diz respeito à população infantil, a CID 10 estabelece duas grandes categorias de *transtornos mentais*:

a) Transtornos do Desenvolvimento Psicológico; caracterizados por: a) deterioração ou retardamento do desenvolvimento de funções específicas, tais como a fala e a linguagem (dislexias), e b) transtornos globais do desenvolvimento, como autismo e paralisia cerebral.

b) Transtornos de Comportamento e Emocionais, que incluem: a) os *transtornos hiper-cinéticos* (também chamados de *distúrbio de atenção e hiperatividade* segundo a

classificação adotada pelo DSM-IV, APA 1994⁹), b) os *distúrbios de conduta* e c) os *transtornos emocionais da infância*, dentre os quais se colocam alguns tipos de depressão.

Há poucas dúvidas quanto aos transtornos do primeiro grupo. Porém, quanto aos *transtornos de comportamento e emocionais*, temos tido algumas dificuldades conceituais. Os atuais transtornos de conduta, por exemplo, até pouco tempo eram definidos como delinquência, expressão que hoje é reservada aos atos marginais tipificados em lei. O alcoolismo, antes transtorno de conduta, passou à categoria de transtorno pelo consumo de drogas psicoativas. O homossexualismo deixou a condição de patologia, sendo hoje majoritariamente reconhecido como prática sexual diferenciada, pelo menos nas sociedades ocidentais. Essas alterações na nomenclatura acompanham a evolução e as mudanças que as sociedades vão definindo e redefinindo ao longo de suas Histórias.

A *depressão ou transtorno depressivo* é outra condição clínica que ao longo dos últimos anos vem adquirindo nova conformação e grande importância na constelação dos *transtornos mentais*. Atualmente foi alçada à condição de problema de saúde pública mundial e sua manifestação entre crianças e adolescentes é fator de crescente preocupação. Tem sido cada vez mais difícil enquadrá-la nos atuais esquemas classificatórios, em vista da variabilidade de manifestações com que se tem apresentado nos últimos anos. Esta realidade coloca para os profissionais envolvidos com o tema a necessidade de uma redefinição na classificação.

Reis e Figueira (2002) alertam para o fato de que o desconhecimento ou a desconsideração da incidência de transtornos do humor — dentre os quais a depressão — acometendo a população infanto-juvenil contribui para o agravamento desse tipo de problema. O reconhecimento da condição clínica compatível com um quadro depressivo nesse segmento etário é reivindicado desde 1971 quando da realização do IV Congresso da

⁹ DSM/APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of The American Psychiatric Association, atualmente na sua 4ª edição (DSM-IV) adota uma classificação e diagnósticos nem sempre semelhantes àquela adotada pela OMS (CID-10). Nos EE.UU o DSM-IV é a classificação corrente. No Brasil os diagnósticos consagrados pela CID-10 convivem com aqueles do DSM-IV, dependendo da orientação clínica dos profissionais e/ou serviços que os utilizam, e até mesmo da conveniência da situação em tela.

União Européia de Paidopsiquiatras-UPE¹⁰. Nessa oportunidade foram elaborados os primeiros critérios de diagnóstico da condição clínica que se denominou *Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência*, denominação que tem sido adotada pelo DSM em suas várias edições, inclusive naquele atualmente em vigor, o DSM-IV.

A partir dessa primeira tentativa da UPE tem-se buscado uma maneira de conceituar e caracterizar os *distúrbios depressivos infantis* que contemple ao máximo a variabilidade de manifestações que o transtorno tem apresentado, considerando-se as variações determinadas pelas diferentes faixas etárias, inclusive lactentes — crianças com menos de dois anos de idade —, nos quais já pode observar comportamentos sugestivos de *transtornos depressivos* em curso ou com tendência à manifestação posterior.

No Relatório de 2001, a OMS menciona a *depressão*, ou *transtorno depressivo*, como um conjunto de alterações caracterizadas por “tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. (...) perda de confiança e auto-estima, sentimento injustificado de culpa, idéias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos”. (OMS/OPAS, 2001: 2).

A Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica-SPPC, a partir de uma revisão de critérios diagnósticos de vários autores, apresenta uma lista de sinais e sintomas que, quando presentes por tempo prolongado ou recorrente, sugerem um quadro clínico compatível com *depressão infantil*:

- 1- Mudanças de humor significativa
- 2- Diminuição da atividade e do interesse
- 3- Queda no rendimento escolar, perda da atenção
- 4- Distúrbios do sono
- 5- Aparecimento de condutas agressivas
- 6- Auto-depreciação
- 7- Perda de energia física e mental
- 8- Queixas somáticas
- 9- Fobia escolar
- 10- Perda ou aumento de peso [sem causa orgânica]
- 11- Cansaço matinal
- 12- Aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil)
- 13- Negativismo e Pessimismo
- 14- Sentimento de rejeição
- 15- Idéias mórbidas sobre a vida
- 16- Enurese e encoprese (urinar/defecar na cama)

¹⁰Union of Paidopsychiatrists European (UPE). Entidade que congrega as associações européias de psiquiatras infantis. Em seus congressos são tomadas posições gerais e feitas orientações que têm caráter consultivo para o conjunto das suas associadas. O IV congresso da UPE, aludido no texto, foi realizado em Estocolmo-Suécia. O último deles, o sexto, ocorreu em 1979, na cidade de Madri-Espanha.

17- Conduitas anti-sociais e destrutivas
18- Ansiedade e hipocondria

(SPPC, 2005).

Jayme Murahovschi, doutor em pediatria, referência pediátrica no Brasil, autor consagrado, decano da Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP, ganhador do Prêmio Nacional de Comunicação Médica e atual presidente do Departamento de Pediatria Ambulatorial da SBP, caracteriza a *depressão infantil* como:

Um distúrbio recorrente, de manifestação quase diária, de duração não inferior a duas semanas, caracterizado por insônia ou hipersonia, alterações do apetite associadas à perda ou aumento significativo do peso, baixo nível de energia ou cansaço crônico, sentimento de insuficiência ou de inutilidade, eficiência diminuída na escola ou no lar, diminuição da atenção, da concentração ou da capacidade de raciocinar claramente, retraimento social, com menor nível de atividade ou loquacidade habitual, irritabilidade ou raiva excessiva dirigida aos pais ou cuidadores, respostas instáveis aos elogios ou recompensas, atitudes pessimistas em relação ao futuro ou meditação sobre acontecimentos passados, choro ou gritos, humor negativo ao acordar que melhora em poucas horas ou minutos, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. (1994:150).

A depressão se apresenta, portanto, como um tipo de transtorno mental cuja manifestação abrange um variado leque de sintomas, traduzindo praticamente todos os tipos de alterações que poderíamos encontrar nos *transtornos mentais e comportamentais*, como definidos pelo Relatório OMS/OPAS de 2001. Exceção feita às *tentativas de suicídio* que a CID-10, enquadra no grupo das *lesões autoprovocadas voluntariamente*. Defendo, porém, a partir de vários estudos, que também os suicídios ou as tentativas de suicídio têm uma forte vinculação com os transtornos depressivos, conforme se pode inferir com base no trabalho de Reis e Figueira. Esses autores, em artigo intitulado *Transtorno depressivo e suicídio na infância e adolescência* (2002: 215-246) elaboraram extensa e exaustiva compilação de publicações médicas no período de 1968 a 2000. Como conclusão, lembram a associação — encontrada em todos os trabalhos publicados no período considerado — entre tentativa ou suicídio e transtorno depressivo. O que não implica, necessariamente, que todo depressivo chegue ao suicídio ou tentativa ou que não possa haver suicídios não vinculados à depressão.

Mas os estudos compilados por Reis e Figueira estabelecem uma relação estatística significativa entre os dois sintomas.

Pode-se, portanto, dizer que com exceção dos distúrbios arrolados pela CID-10 como *transtorno do desenvolvimento psicológico*, os demais *transtornos mentais e comportamentais* infantis têm na *depressão* uma espécie de denominador comum, pois os *transtornos hipercinéticos* — condição clínica fortemente vinculada à depressão em lactentes e crianças pequenas —, os *distúrbios de conduta*, os *transtornos emocionais da infância* e os *suicídios/tentativas*, que constituem o leque dos *transtornos mentais e comportamentais* infantis, apresentam, de uma forma ou de outra, vinculação com os *transtornos depressivos*, o que torna a depressão o sintoma-síntese dos *transtornos mentais e comportamentais* em crianças.

2.2 MENTE x CORPO: dualidade questionável

O Relatório OMS/OPAS 2001, ao se referir aos *transtornos mentais* ou *transtornos mentais e comportamentais* — com sentido semelhante — ora refere-se a quaisquer distúrbios que envolvam a mente, poupando o corpo em sentido restrito (como a esquizofrenia e outras psicoses); ora aos aspectos psicológicos do desenvolvimento humano (distúrbios da fala e da sociabilidade, como a dislexia e o autismo); ora a afecções que comprometem aspectos físicos do corpo (como epilepsia e esclerose amiotrófica lateral), casos em que utiliza a denominação *orgânico*; ora a aspectos físicos e mentais (como Down e Alzheimer).

Nessa perspectiva, a esclerose lateral amiotrófica-LEA, por exemplo, seria classificada como um *transtorno orgânico*, pois se identifica lesões em determinadas grupos neuro-musculares, mas com a preservação do componente intelectual e emocional. Já a depressão, por sua vez, seria vista como um *transtorno emocional*, pois embora se possa identificar alterações em termos de neuro-transmissores, não há lesão perceptível de componentes neurológicos.

Há, porém, entre os estudiosos das áreas de saúde, a convicção de que transtornos emocionais prolongados podem levar a alterações físicas. As gastrites nervosas, por exemplo,

constituem uma condição clínica dessa natureza. Por outro lado, doenças mais afeitas ao âmbito orgânico, como o câncer e a AIDS, podem desencadear quadros emocionais graves.

Vemos nessa classificação uma tentativa de separar as doenças em *doenças do corpo* e *doenças da mente*. Em alguns casos até em *doenças do corpo e da mente*, mas de qualquer forma, vendo-os como instâncias estanques. Com isso, o que se está querendo, em última análise, é buscar formas de promover uma adequação entre a realidade humana integral, manifesta nos consultórios — onde a vida e as pessoas se apresentam como realidades indivisíveis — e a visão dicotômica corpo x mente consagrada pelo paradigma científico da modernidade.

A OMS afirma que os diagnósticos relativos aos *transtornos mentais* podem atingir níveis de precisão da ordem de 70 a 90%, o mesmo verificado entre as doenças físicas. De acordo com a OMS, dois especialistas concordariam entre si quanto a um diagnóstico de *transtorno mental*, em níveis próximos ao que ocorreria se estivessem tratando de diabetes ou hipertensão arterial. (OMS/OPAS, 2001). Porém, o mesmo documento, ao definir saúde mental, admite uma *quase impossibilidade* de se chegar a um consenso. Ou seja: somos capazes de definir com precisão o que entendemos como um *transtorno mental*, mas não temos a mesma facilidade em definir a *saúde mental*. E a razão para isso a própria OMS anuncia: *saúde não pode ser entendida como a mera ausência de doenças*.

“Todo diagnóstico de *transtorno mental* classifica síndrome ou condição, mas não indivíduos” (Id. Ib.: 2). Nessa afirmação, vemos implícita a noção de que uma pessoa é mais do que o somatório dos seus órgãos e sistemas, ou de um *corpo* e de uma *mente*, como realidades distintas. Por essa perspectiva, é possível que alguém seja portador de uma “doença mental” sem que nada de *anormal* possa ser localizado em seu corpo/mente; da mesma forma, pode estar vivenciando condições descritas no conceito de saúde mental da OMS, mesmo sendo portador de uma limitação física importante. Vários exemplos poderiam ser citados, mas fiquemos com uma menção ao físico inglês Stephen W. Hawking, físico

renomado, cuja doença — é portador de esclerose amiotrófica lateral¹¹ desde os 21 anos de idade — não o tem impedido de continuar trabalhando e produzindo como físico; sendo, inclusive, responsável pela noção atualmente mais aceita acerca dos buracos-negros. Poderia haver alguém mais doente do que ele? Poderia haver alguém mais saudável do que ele?

O dilema corpo e mente ou a compreensão de corpo e mente como realidades apartadas tem sido posto em cheque em vários campos do conhecimento, inclusive na discussão envolvendo saúde e doença. Atualmente temos nos deparado com patologias que desafiam a velha noção de corpo e mente como realidades distintas. Num primeiro momento evoluímos para o conceito de patologias psicossomáticas. Por esse entendimento, buscamos associar as patologias de um campo com as do outro, admitindo até mesmo uma relação de causa-e-efeito, como aquela verificada entre ansiedade prolongada e distúrbios gástricos. Mas ainda assim, pressupondo uma certa interdependência entre elas. Mantém-se a dualidade corpo/mente

Nessa perspectiva, o que se supõe é que uma instância orgânica — no exemplo citado, o estômago — recebe influência de outra instância, supostamente localizada na “mente”. Instâncias integradas, mas compreendidas como realidades separadas. Mas doenças como a fibromialgia e a depressão, dentre outras, vieram questionar essa abordagem. Não se pode localizar nessas patologias o ponto em que o problema se inicia e o percurso através do qual os sintomas se propagariam, permitindo destarte, o estabelecimento de uma relação de causa-e-efeito. É obvio que os defensores de uma visão biologicista dirão que alguns neurotransmissores estão desajustados e que esse desajuste seria o causador do transtorno depressivo. O que não se consegue explicar adequadamente é porque o sistema regulador perdeu o ponto de equilíbrio ou buscou um equilíbrio em desarmonia com o sujeito portador do distúrbio. E mais ainda, porque nem sempre portadores de baixos níveis plasmáticos de neuro-transmissores desenvolvem sintomas depressivos.

¹¹ A esclerose lateral amiotrófica -ELA (ou LEA da sigla em inglês) é uma doença crônica degenerativa de causas variadas que leva à destruição dos neurônios motores superiores que foram o trato córtico-espinhal lateral, e se caracteriza clinicamente pela progressiva perda das funções motoras, preservando as funções intelectuais, sensitivas e emocionais.

Quanto à fibromialgia, os médicos conhecem os pontos dolorosos que, se presentes, falam a favor da doença. O diagnóstico pode ser preciso. Imprecisos são os eventuais motivos pelos quais esses pontos passam a apresentar maior sensibilidade álgica. Tanto em um como no outro caso, fala-se em *doenças da (falta de) felicidade*. E se admite um processo terapêutico fundado no tripé: drogas, exercícios físicos e apoio psicológico. Podemos identificar, novamente, uma compreensão do sujeito humano bi-partido. Além da bipartição do sujeito portador do sintoma em corpo e mente, promove-se uma separação entre o sujeito e o seu ambiente. Tanto o procedimento diagnóstico como a terapêutica indicada deixam antever três instâncias bem distintas: mente, corpo, meio ambiente.

Essa compreensão do ser humano assim partido em órgãos e sistemas, corpo e mente ou indivíduo e sociedade é o suporte dos esquemas atuais de estudo do ser humano, e de resto de toda a realidade que nos cerca, *mutatis mutandis*. O mundo visto por esse prisma nos é apresentado como *o real, o verdadeiro, o cientificamente correto*. Questionamentos a esse modelo de abordagem podem ser mal recebidos. Formou-se ao longo dos últimos séculos uma compreensão dos processos ocorridos na natureza que somente faz sentido e merece o status de científico se obedecer a esses pressupostos. Como se os mesmos fossem consubstanciais ao ser humano e não construtos historicamente dados e culturalmente definidos.

É conveniente lembrar, porém, que a visão de mundo, das coisas e do ser humano, assim estabelecida, é uma dentre várias, tendo se constituído como visão hegemônica ao longo da era moderna¹², a partir, sobretudo da contribuição dos filósofos e cientistas naturais dos Séculos XVI a XVIII, com destaque para René Descartes e Isaac Newton que, pela

¹² René Descartes (1596-1650) estabeleceu os princípios filosóficos do pensamento racionalista. Preconizava a dualidade corpo-mente com a total predominância da segunda. "...compreendi que [o existir] era uma substância cuja essência ou natureza consiste apenas no pensar, (...) não depende de qualquer coisa material. De sorte que esse eu, isto é, *mens* [a mente] pelo qual sou o que sou, é inteiramente distinta do corpo (...). (Descartes, 1983:47). Isaac Newton (1642-1727), consolidou o pensamento cartesiano ao criar um instrumental matemático que propiciava uma abordagem lógica dos fenômenos físicos, envolvendo corpos situados na Terra ou no espaço celestial, criando assim a noção do universo como um maquinismo cujo funcionamento poderia ser compreendido e dominado pelo gênio humano. A partir dessa visão se eliminava qualquer possibilidade de subjetividade, posto que *tudo* poderia ser medido e calculado. Essa compreensão do funcionamento do universo, como sistema físico, foi extrapolada para as demais esferas da vida. O paradigma cartesiano-newtoniano embasou a revolução científica que, a partir do Século XVII, redefiniu o pensamento ocidental e deu forma ao que chamamos modernidade.

importância de suas contribuições, são utilizados como referências paradigmáticas no terreno científico hegemônico da modernidade. A hegemonia do paradigma cartesiano-newtoniano porém, começa a ser abalada.

Segundo Boaventura Sousa Santos, por exemplo, os estudos pioneiros no âmbito da Física Relativística e da Física Quântica que tomaram força no começo do Século XX, e mais recentemente, os trabalhos de Ilya Prigogine (Nobel de Física em 1977), de Haken, Eigen, Maturana e Varela, Thom, Jantsch, David Bohm e Geoffrey Chew, contribuíram para abalar o paradigma cartesiano-newtoniano e estabelecer, no âmbito das ciências naturais, uma nova visão de mundo (2000: 47-117). Com base nessa visão desenvolvida a partir das ciências naturais — mas que se tem estendido para todos os âmbitos do conhecimento, inclusive o das ciências sociais — tornou-se necessária uma abordagem do ser humano que o compreenda não apenas como um ser dotado de corpo e mente, mas antes, como uma unidade corpo-mente: simultaneamente dada e interativamente definida. Nesse sentido, “mente não é a experiência que vivemos dentro de nossas cabeças, mente é a própria essência de estar vivos. Tudo o que vive, vive em função de um processo mental subjacente”. (Batistella, 2004: 18).

Para Fritjof Capra, físico, PhD pela Universidade de Viena e um dos principais responsáveis pela divulgação dessa nova visão de mundo,

Quando é adotada uma visão sistêmica da mente, torna-se óbvio que qualquer doença tem aspectos mentais. Adoecer e curar-se são partes integrantes da auto-organização de um organismo, e, como a mente representa a dinâmica dessa auto-organização, os processos de adoecer e curar-se são essencialmente fenômenos mentais (1982: 320).

Vendo dessa forma, podemos compreender melhor as gastrites nervosas ou os processos que podem levar um paciente portador de câncer ao suicídio, bem como entender a depressão e a fibromialgia, em suas complexidades, como doenças do corpo-mente ou se preferirmos da mente, enquanto ‘essência de estarmos vivos’. Por essa perspectiva, também é possível aceitar que Stephen Hawking não seja um doente mental, na acepção comum do termo, embora necessite dos recursos que a cultura coloca ao seu dispor e do auxílio dos que estão à sua volta. Tais limitações não o impedem, necessariamente, de sentir-se subjetivamente *auto-eficaz, autônomo, competente e auto-realizado intelectual e*

emocionalmente, como pessoa; assim como uma criança ou um ancião que, mesmo não dispondo de todo o seu potencial físico, não deixam de ser pessoas completas; completude entendida na sua relação intergeracional.

Além da compreensão de mente e corpo como uma unidade, questionando dessa forma a dicotomia corpo/mente consagrada pelo paradigma da modernidade, os novos estudos questionam a dicotomia ser humano/natureza. O que nos faz refletir sobre a nossa condição de exploradores e manipuladores da natureza, entendida como algo separada de nós. A nova visão de mundo, advinda dos estudos mencionados, nos mostra “o universo visto como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados. Nenhuma (...) parte dessa teia é [particularmente] fundamental; todas elas decorrem das (...) outras partes do todo, e a coerência total de suas inter-relações determina a estrutura da teia”. (Capra, 1982: 87).

2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL SAUDÁVEL:

fatores pessoais e sociais-culturais

A compreensão do ser humano como um conjunto coeso e articulado de aspectos físicos/biológicos e psíquicos/mentais imbricados, simultâneos e reciprocamente determinados é uma consequência imediata do questionamento do paradigma cartesiano-newtoniano. Uma outra dicotomia, igualmente sedimentada, e que tem servido de base ao entendimento de saúde adotado desde o advento da modernidade, diz respeito à separação entre o sujeito e o meio social-cultural em que vive. Se por um lado questionamos o entendimento de saúde mental em separado de saúde do corpo, também tem sido objeto de questionamento a compreensão da saúde mental separando o sujeito do meio social-cultural em que ele está inserido. O meio social-cultural, como aqui entendemos, compreende o conjunto dos fatores externos ao indivíduo, incluindo o meio ambiente e a comunidade. Nesse sentido, concordo com o poeta: *é impossível ser feliz sozinho* (Tom Jobim, Wave). Parece igualmente impossível ser saudável — ou doente — sozinho. Vários autores advogam essa interação entre o meio social-cultural e o indivíduo. Para Arnold Gesell, pediatra e psicólogo americano, o processo de conformação do indivíduo como ser saudável se dá

através de um conjunto definido de aquisições, o qual denominou *desenvolvimento neuro-psíquico-motor* (DNPM). Gesell criou uma série de critérios avaliativos que nos ajudam a acompanhar e entender esse processo de desenvolvimento, o que nos permite a detecção precoce de distúrbios. O Teste de Gesell — como é chamado esse conjunto de critérios — avalia o processo de desenvolvimento das crianças do nascimento até o início da idade escolar, observando vários aspectos, em vista dos quais define faixas de normalidade relativas a períodos nos quais uma determinada aquisição neuro-psíquico-motora deverá se manifestar (Murahovschi, 1994: 6). Em todo o processo de avaliação dessas aquisições o autor sugere que a normalidade de uma criança somente pode ser adequadamente avaliada em relação às expectativas do meio social-cultural em que a mesma nasceu e vive.

Os achados de Gesell relativos ao *desenvolvimento motor* permitem avaliar o grau de maturação do sistema neuro-muscular. Nesse campo, em determinada fase do desenvolvimento, se verifica se a criança apresenta os reflexos primitivos, como o de abraçar, da marcha, da prensa palmar etc. Também se observa, posteriormente, se a criança engatinha, fica de pé, caminha, sobe escadas ou corre na época esperada.

O desenvolvimento da capacidade adaptativa é avaliado pelas respostas da criança aos estímulos externos, tais como o sonoro, o luminoso e o tátil. Avalia a capacidade de adaptação vegetativa ou biológica. Em fases mais avançadas da vida, essa *capacidade adaptativa* será extrapolada para os aspectos mais abrangentes e vai ser aferida por critérios sociais: adaptação à escola, aos novos amigos, aos desafios que a vida impõe.

O desenvolvimento pessoal-social avalia as atitudes da criança frente aos contatos com outras pessoas; o sorriso espontâneo é uma das suas primeiras manifestações, ocorrida normalmente entre o primeiro e o terceiro mês. Posteriormente o desenvolvimento da sociabilidade nos indicará as aquisições pessoais-sociais da criança. *O desenvolvimento da linguagem*, que tem início com a lalação (os primeiros sons vocálicos: ah, ah; eh, eh; pá, pá, emitidos por volta do segundo mês) se prolonga até o desenvolvimento completo da fala, que com algumas variações, ocorre por volta do final do segundo ano.

É fácil observar pelos critérios acima que em todas as fases do DNPM as aquisições verificadas em um determinado setor contribuem para a conformação e consolidação de outros. Assim, a partir do início da deambulação — diretamente afeito ao desenvolvimento neuro-muscular — e também do início da fala — ligado ao desenvolvimento da linguagem — começa-se a observar uma interação positiva de vários aspectos do DNPM, num movimento de complexificação e ajuda recíproca.

O Teste de Gesell nos permite, a partir de uma avaliação conjunta de todos os fatores mencionados, obter uma visão geral do desenvolvimento neuro-psíquico-motor da criança e a identificação de possíveis anormalidades nesse desenvolvimento. Nesse sentido, nos apresenta uma visão ecológica do desenvolvimento infantil, posto que se verifica em íntima interação entre a própria criança e o meio no qual está inserida. O qual não apenas fornece os estímulos para esse desenvolvimento, em termos gerais, como também direciona o percurso que o meio define como o mais adequado, em vista do que propõe como desafio e do que espera como resposta. Ou seja: uma criança indígena, cuja sociabilidade pressupõe o aprendizado da caça e a obediência a uma determinada relação com a natureza, necessitará dos estímulos que os seus cuidadores e a sua comunidade lhe proverá, em acordo com o que se espera dessa criança, em termos de normalidade. O que seria, necessariamente, diverso de uma criança nascida num meio urbano tecnologizado, cuja expectativa em termos de normalidade seria outra. Por outro lado, o meio recebe da criança uma resposta ao estímulo oferecido e, em vista dessa resposta, se reposiciona em vista dos novos desafios.

Em um processo de mão dupla se, por um lado, a criança incorpora as marcas significativas do meio, também impregna esse meio com as *suas* marcas pessoais. Não se trata, porém, apenas de uma adaptação às imposições do meio, trata-se, antes de um *culturamento*, entendido como um mergulho no *caldo* de cultura no qual foi gerado, em vista do que *marca* o meio e *é marcado* por ele. Noutras palavras podemos dizer que a criança no seu processo de desenvolvimento adquire traços marcantes do seu meio e simultaneamente deixa nesse meio os seus traços pessoais, cuja intensidade e significado dependerão de cada criança e de cada cultura. Nada que uma criança apresente como traço pessoal deixa de ter um

sentido e um significado que é concomitantemente a expressão dessa cultura nessa criança e vice-e-versa. Inclusive nos casos de traços ou comportamentos de negação. Como apontado por Norbert Elias, ao analisar o tratado de Erasmo de Rotterdam *Da civilidade em criança*: “A postura, os gestos, o vestuário, as expressões faciais — este comportamento ‘externo’ de que cuida o tratado é a manifestação do homem interior, inteiro”. (Elias, 1994: 69). É assim que compreendo. A marca externa, engendrada no processo maturacional culturalmente definido, fala do processo ôntico (do ser), do qual o indivíduo é o representante social. Assim, não se pode compreender um ser humano que seja conformado, enquanto pessoa, de forma independente do meio social-cultural em que vive.

Além de Gesell, outros autores, com base em outros referenciais, apresentaram a sua visão particular quanto ao processo de desenvolvimento infantil e como esse processo dialoga com o meio, no sentido de conformar uma personalidade saudável, ou não. Anna Freud, em seu livro *Infância Normal e Patológica*, considerado um marco no desenvolvimento teórico e terapêutico da psicanálise infantil, avalia a normalidade a partir de um processo de desenvolvimento que leve em conta seqüências de interações entre os vários aspectos da personalidade e destes com o ambiente em que a criança está inserida. A autora define “*diretrizes de desenvolvimento*” que podem ser entendidas como “realidades históricas que, quando reunidas, transmitem uma imagem convincente das realizações de uma criança ou, por outra parte, das suas falhas no desenvolvimento da personalidade” (1987: 61). O que pode ser entendido como linhas gerais de comportamento e expectativas, definidas historicamente, que criam para a criança uma noção coerente do que o meio quer e exige dessa criança como realizações ou, por outro lado, indicam a essa criança que a mesma se encontra fora dessa expectativa, fazendo-a promover um movimento de adaptação às exigências do meio ou buscando adaptar o meio as suas necessidades, ou ambos.

Posição algo semelhante é assumida por Isaac Mielnik, psiquiatra e estudioso do desenvolvimento da personalidade humana que, ao responder à pergunta: “*Como é a criança ‘normal’?*”, assevera:

Para podermos conceituar o que é “normal” devemos basear-nos no progresso da criança, em sua evolução e desenvolvimento, (...). O que deve interessar-nos são as seqüências características e a observação da conduta no que se refere a COMO APARECE e O QUE SIGNIFICA para determinada criança em particular, em determinada época e local de sua vida e desenvolvimento (grifos do autor; 1993: 13).

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista, discute o conceito de normalidade em termos da capacidade da criança de empregar recursos que a natureza lhe forneceu para defender-se contra a *angústia e o conflito intolerável*¹³, o que o faz empregando *sintomas*, tais como urinar na cama, rejeitar alimentos, chorar, gritar, tudo no sentido de buscar, no outro, eco à sua angústia.¹⁴ A anormalidade, diz o autor, “revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas e uma relativa carência de relações entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio.” (1964: 143). Obviamente os sintomas e o uso adequado que a criança fará deles vão-se transformando com o tempo e definem-se culturalmente, o que implica numa adequação histórica das respostas representadas pelos sintomas em vista dos conflitos a que a criança é submetida, que são, no fundo, representações da *angustia e do sofrimento intolerável* a que todos os seres humanos são submetidos. Vale ressaltar que nesse processo de interação entre a realidade exterior e a realidade íntima e pessoal da criança estabelece-se um hiato, posto que o realizado jamais é da mesma ordem da demanda interior, daquilo que é pretendido e esperado. Como resultado possível, a criança *cria* um mundo interior e pessoal que lhe dá sustentação psíquica e lhe permite interagir de forma saudável com a realidade externa. Ou não. (Id, Ib: 140-147).

Na minha prática clínica tenho observado com frequência pais — mães em particular — queixosas de filhos *muito agitados*. “Não seria hiperatividade, doutor?” — perguntam aflitas, estimulados pelas reportagens veiculadas na imprensa leiga. A pergunta de fundo é:

¹³ “Em psicanálise fala-se de conflito quando, no sujeito, opõem-se exigências internas contrárias”. (Laplanche e Pontalis, 2001:89). *Conflito intolerável* diz respeito ao desejo da criança de ter o pai/mãe do sexo oposto como parceiro sexual (incesto), fundamento de todos os conflitos psíquicos. Para Freud “Intrinsecamente, o desejo é sempre o desejo do incesto”. (Nasio, 1995: 30).

¹⁴ O termo angústia (*angst* em alemão) gera confusões semânticas porque foi traduzida para o inglês como *anxiety*. Nas traduções do inglês para o português, *anxiety* gerou *ansiedade*. Mas *ansiedade* e *angústia* não têm, em psicanálise, o mesmo sentido. Para Laplanche e Pontalis *angústia* pode ser considerada “Reação do sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um fluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar” (2001:26-27).

“meu filho é normal?”. Coerentemente com o que tenho mostrado até aqui, procuro observar o comportamento da criança em termos dos estímulos oferecidos pelo meio e das respostas esperadas por este. Os estímulos oferecidos pelo meio são comumente percebidos pela criança como agressões à sua homeostase interna. O que pode gerar, num primeiro momento, uma certa *ansiedade*. Num segundo momento, a criança busca ‘defender-se’ dessa ansiedade, o que o faz procurando uma reorganização interna de suas expectativas, caso em que assume uma certa passividade; ou, por outro lado, procurando ‘reorganizar’ o ambiente segundo o seu padrão.

Um critério que tem orientado a minha prática, com fins à definição de um diagnóstico presuntivo, é a observação de como a criança se comporta nesse trabalho de ‘reorganização/desorganização’ do espaço e, sobretudo, que atitude assume em relação ao adulto cuidador (pai/mãe). Tenho verificado recorrentemente que a criança que reputo como ‘normal’ certifica-se, com o olhar, sobre a aprovação tácita da mãe quanto ao que está fazendo. Também confere com o olhar a minha aprovação ou não ao que está fazendo, muitas vezes promovendo o que eu chamo *triangulação* entre ela, eu e o adulto cuidador. A criança portadora de distúrbio — e isso vai depender da natureza e intensidade do distúrbio — menos frequentemente busca essa confirmação escópica.

Também observo se a criança muda constantemente o foco de interesse. Se tem a sua atenção chamada para coisas ou atividades que lhe pareçam mais interessantes, ou se — ao contrário — detém-se na mesma atividade, independente de novos estímulos. Essas observações, bem como os estímulos propostos, variam de acordo com a idade da criança. Um ‘estímulo interessante’ para uma criança de cinco meses — um foco de luz, por exemplo — não é o mesmo para uma criança de três anos. Um estetoscópio deixado ao alcance de uma criança de três a cinco anos normalmente exerce sobre ela uma atração irresistível, provavelmente por não ser algo comum no seu dia-a-dia. O que o torna algo provocador da necessidade de uma ‘reorganização interna’.

Por outro lado, observo com frequência alguma intolerância às manifestações adaptativas da criança — naquele sentido de adequar o meio às suas expectativas ou de

adequar-se às expectativas do meio ou ambas — tentativas às vezes desastrosas, mas que traduzem a ‘boa vontade’ da criança de responder à demanda colocada. O que muitas vezes é uma tentativa de comunicação, de pedido de socorro, é visto como ‘mal-criação’ ou rebeldia.

Essa reflexão, relativa às crianças pequenas, poderia ser estendida a outras faixas etárias, com outras referências e outra ética. Como se posicionar, por exemplo, ante o consumo de drogas ou a violência das chamadas *crianças de rua*? As condições de abandono social, emocional e psicológico a que estão submetidas poderiam explicar tais práticas? A vida de rua, segundo Walter Ferreira de Oliveira:

É, sem dúvida, uma vida de sofrimento. Quem vive na rua enfrenta muitos estresses no cotidiano e muito raramente tem acesso a bens, (...) como educação, cuidados de saúde, habitação e lazer. A grande maioria não dispõe do conforto de uma cama ou mesmo de água potável. Para as crianças, há ausência de adultos responsáveis, zelosos e protetores. São, em geral, vítimas da negligência, da discriminação e da violência cometidas por outros indivíduos ou pelas instituições sociais. Apanham, são torturados, às vezes exterminados. (2004: 31).

Diante do quadro acima exposto, julgo aceitável supor que os atos praticados por *crianças de rua* que coloquem em risco a sua vida ou a dos outros, constituem gestos ‘normais’ dentro um contexto social anormal. O que nos remete ao postulado inicial de que normalidade ou anormalidade só podem ser compreendidas em relação às expectativas sociais-culturais do meio em que a criança se desenvolveu.

Vimos, portanto, que as atitudes e comportamentos que fazem supor normalidade e anormalidade não são lugares fixos nas sociedades, nos quais podemos situar as pessoas, e as crianças em particular. Existem razões teoricamente consistentes para se afirmar que é obrigatória a contextualização, em termos históricos e culturais, para se definir as bases de um desenvolvimento normal ou patológico. Para Freud, por exemplo,

(...) não pode ser traçada qualquer linha nítida entre pessoas ‘neuróticas’ e ‘normais’ — quer crianças ou adultos —, (...) a nossa concepção de ‘doença’ é uma concepção puramente prática (...) vários indivíduos estão passando constantemente da classe de pessoas saudáveis para a de pacientes neuróticos, enquanto um número bem menor também faz a viagem oposta. (grifos do autor; 1996a: 130).

Porém, nem todas as crianças submetidas a condições externas semelhantes desenvolvem as mesmas características. Porque alguma coisa funciona como substrato no

qual as influências do meio vão agir. É da interação entre esse substrato individual, que a criança de alguma forma traz desde o nascimento — ou de antes até — e o meio em que vive que se definirá o sujeito do processo social-cultural.

2.4 INATISMO GENÉTICO E ONTOLÓGICO:

condição de animal humano x condição de ser humano

O termo *inato* pode ser compreendido de várias maneiras. Em linhas gerais admite-se como “Oposto a adquirido. Que pertence à natureza de um ser, e não é resultado daquilo que experimentou, fez ou percebeu desde o nascimento” (Lalande, 1996: 537). Nesse sentido é semelhante a *natural*. Em oposição a inato, *adquirido* refere-se ao que é obtido pelo indivíduo após o nascimento, a partir da interação com o meio (Id. Ib: 31).

Considerarei pelo menos duas grandes possibilidades de fatores inatos: os genéticos — transmitidos pelos pais no ato da concepção — e os ontológicos, que dizem respeito ao *ser*, à condição de ser humano, em sentido ontológico. Características inatas, determinadas geneticamente, seriam a cor dos olhos, o sexo biológico, a cor da pele, o tipo de cabelo, por exemplo. Por outro lado, as categorias fundamentais do pensamento — como as noções de tempo e espaço, noções fundamentais de estética e as noções básicas de organização e caos, por exemplo — seriam características inatas em sentido ontológico, ou seja, características naturais da condição humana, segundo alguns autores como veremos.

Em relação às *características somáticas* de um indivíduo, há consenso acerca do seu inatismo genético. É reconhecida entre os biólogos a expressão: *características fenotípicas* resultam da influência dos fatores genéticos em interação com o meio ambiente, expressa na famosa fórmula $F = G + MA$ (Wellington e Pedersoli, 1990). Com relação às *características comportamentais*, no entanto, nem sempre houve esse consenso. O receio de se aceitar que fatores genéticos pudessem influenciar os comportamentos residia na preocupação de que essa aceitação conduzisse ao estigma social, com base em mitificações.

O mito da superioridade étnica, embasado na concepção de que algumas raças seriam geneticamente superiores a outras e acalentado durante muito tempo, tornou a comunidade

científica avessa à aceitação de que algumas características comportamentais fossem, de fato, condicionadas geneticamente. Mas hoje se tende a admitir que certos traços comportamentais podem ser influenciados hereditariamente.

Atualmente há um certo consenso de que fatores genéticos e ambientais contribuem em maior ou menor parcela na determinação das características comportamentais, posição que a OMS reconhece quanto a alguns aspectos da saúde, ao afirmar:

A evidência científica moderna indica que os Transtornos Mentais e Comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais. (...). Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e evolução dos Transtornos Mentais e Comportamentais. (OMS/OPAS, 2001).

Quanto às características supostamente inatas à pessoa humana, enquanto *ser*, a questão é algo polêmica. Filio-me intelectualmente à corrente de pensamento acorde com o princípio de que ‘alguma coisa’ é intrinsecamente humano, ou seja, é inato não apenas a uma determinada pessoa ou grupo, mas ao conjunto dos seres da espécie, nesse sentido, sou adepto do princípio de que existe uma *natureza humana*. A interação com o meio — assim como ocorre com os fatores genéticos — é que irá definir a forma como se manifestará a sua maior ou menor intensidade, mas a característica em si é *inatamente humana*. Assumo, porém, que se trata de uma questão polêmica cujo ponto de partida perdeu-se no tempo e com frequência mescla argumentos filosóficos, sociológicos, teológicos onde a paixão e a racionalidade científica por vezes dão-se as mãos. Para os meus interesses imediatos, retomo no tópico seguinte essa discussão a partir da era moderna e estendo-me até os dias mais recentes, incorporando a contribuição da neurobiologia.

2.5 INATISMO ONTOLÓGICO: sou, mesmo sem pensar

Nos anos finais do Século XIX e início do Século XX estavam em discussão nos meios científicos ocidentais duas posições filosóficas acerca da existência ou não de fatores inatos aos seres humanos, ou seja, se haveria ou não algo que pudesse ser definido como uma

condição humana inatamente determinada. Uma dessas posições baseava-se no pensamento de John Locke e a outra em Immanuel Kant (Vygotsky, 1991). Os seguidores de Locke negavam a possibilidade de que quaisquer características humanas pudessem ser inatamente determinadas. Defendiam a origem do pensamento — a faculdade humana por excelência — a partir unicamente da estimulação ambiental. O recém-nascido constituiria uma *tabula rasa*, uma folha em branco, na qual seriam impressas todas as noções necessárias ao seu desenvolvimento como ser pensante. Nesse sentido, para Locke, tudo seria resultado de um aprendizado que o vivente humano empreenderia, a partir do seu nascimento, em interação com o meio (Locke, 1983: 133-156).

Os seguidores de Kant, por outro lado, defendiam que algumas noções básicas, ou categorias elementares, como “as idéias de espaço e tempo e conceitos de quantidade, qualidade e relações originavam-se na mente humana de forma inata (...)” (Vygotsky, 1991: 2), podendo se desenvolver em maior ou menor intensidade. Essas categorias elementares estariam previamente presentes, como potencialidades, em todos os seres humanos e não eram resultado de um *aprendizado*. Poderíamos dizer, em acordo com essa visão, que por mais que estimulemos um macaco, ele jamais desenvolverá algumas categorias de pensamento, tais como a fala e a cognição, pois lhe faltariam os elementos básicos para isso, só presentes, inatamente, no ser humano. As pesquisas no âmbito da psicologia comportamental em animais parecem corroborar essa posição.

As divergências entre as correntes representadas por Locke e Kant persistem até hoje. Atualmente pesquisadores de vários campos dedicam-se à compreensão dos processos formadores da psique, do comportamento e, por conseguinte, da saúde e dos *transtornos mentais*. Esses pesquisadores, entretanto, normalmente restringem o seu campo de pesquisa a algum aspecto específico da mente humana. Boa parte dos estudos em psicologia e educação, por exemplo, aborda preferencialmente os aspectos cognitivos da questão, o que não invalida que as conclusões aí obtidas possam servir de base à compreensão da *vida mental* como um todo, muito embora se reconheça que qualquer abordagem pode-nos oferecer, no máximo,

uma compreensão parcial e limitada da *vida mental* — entendida como “a própria essência de estar vivos” — como afirmado por Batistella (2004: 18).

Aprender é, enfim, uma possibilidade presente em qualquer ser vivo, mas o processo de apreensão de conhecimentos parece previamente condicionado a determinadas categorias gerais da espécie com a qual se trata. Em termos das noções afeitas às chamadas categorias superiores de pensamento, como visto acima, essas categorias parecem exclusivas à espécie humana. Chomsky¹⁵, mais recentemente, numa clara defesa de princípios inatistas, questiona até mesmo a noção de “aprendizagem”. Segundo Dennis Werner, para Chomsky

Embora a criança não possua todas as capacidades cognitivas de um adulto, isto não implica que essas capacidades precisam ser ‘aprendidas’, da mesma forma que não se precisa pressupor que o crescimento dos braços ou o desenvolvimento dos seios nas mulheres adultas precisa ser ‘aprendido’. (Werner, 1997: 54).

Piaget, um dos autores referenciais no estudo do desenvolvimento cognitivo, adota uma posição algo diversa. Para este autor o conhecimento precisa ser construído pela criança na interação com o meio. “Com o crescimento, pode aumentar a capacidade biológica da criança de aprender diferentes conceitos, mas de qualquer forma estes conceitos precisam ser construídos a partir de reflexões sobre a realidade”. (Id. Ib.: 54). Ainda segundo Piaget, “a inteligência humana somente se desenvolve no indivíduo em função de interações sociais (...)”. (Piaget apud La Taille, 1992:11). E nesse mesmo sentido volta a afirmar: “(...) não se pode negar que desde o nascimento, o desenvolvimento intelectual é, simultaneamente, obra da sociedade e do indivíduo”. (Id. Ib: 12). Piaget não pressupõe características inatas à pessoa, enquanto *ser*. Porém, especificamente ao tratar da construção do senso moral na criança, afirma:

Há no funcionamento das operações sensório-motoras uma busca de coerência e de organização: ao lado da incoerência de fato, própria aos procedimentos da inteligência elementar, devemos admitir a existência de um *equilíbrio ideal* (grifo meu), indefinível a título de estrutura, mas implicado neste funcionamento (Piaget, 1994).

¹⁵ Avram Noam Chomsky é um dos intelectuais mais importantes da atualidade. É Professor de lingüística no MIT. Tem-se destacado no estudo e na defesa das condições e da qualidade de vida dos povos e na preservação do Planeta, na sua opinião cada vez mais ameaçado pela falta de diálogo entre os povos e pela ganância do capital. Autor de mais de 30 livros e inúmeros artigos. Esteve no Brasil em 2002 para o Fórum Social Mundial, onde proferiu palestra sob o título *Um mundo sem guerras é possível*.

A afirmação parece constituir uma concessão à possibilidade de que *um certo equilíbrio ideal* poderia estar pressuposto na criança antes da mesma iniciar o seu processo de ‘construção de conceitos’; algo na linha das *categorias elementares* admitidas pelos seguidores de Kant.

Vygotsky, cuja obra mantém profunda relação com o materialismo histórico de base marxista, também não era partidário de princípios inatos, no sentido de que estejam prontos, aguardando apenas o momento oportuno para manifestação. Porém, “supõe uma organização básica do cérebro humano, resultante da evolução da espécie. Isto é, (...) não supõe um caos inicial, mas a presença de uma estrutura básica estabelecida ao longo da história da espécie, que cada membro dela traz consigo ao nascer”. (Vygotsky, 1991). Para o autor de *A formação social da mente* uma organização básica, inata à espécie, está presente no sujeito desde nascimento. Cujos processo de desenvolvimento se faz na relação com o outro social. Não se pode pressupor a assunção de um inatismo ontológico. Mas certamente se pode antever nessa posição a possibilidade de que algo é inerente à espécie humana.

Quanto à influência dos fatores culturais, este autor advoga que eles não apenas contribuem para conformar o psiquismo humano, mas que “a cultura torna-se parte da natureza humana num processo histórico que, ao longo do desenvolvimento da espécie e do indivíduo, molda o funcionamento psicológico do homem”. (Id. Ib.: 24). Nesse sentido, Vygotsky aproxima-se da posição de Henri Wallon, para quem o ser humano é “geneticamente social, radicalmente dependente dos outros seres para se constituir enquanto ser da mesma espécie”. (Wallon apud Le Taille, 1992: 92).

A partir do que expus acima, pode-se admitir um certo consenso acerca da influência do meio na determinação do sujeito humano historicamente dado, ou seja, presente em um determinado momento histórico, bem como se pode assumir como uma posição cientificamente válida que traços de humanidade estejam presentes no bebê humano mesmo antes do seu nascimento. A postura lockeana ortodoxa parece não encontrar eco no pensamento científico hodierno. Pelo menos em termos filosóficos ou com base nos estudos feitos a partir da psicologia experimental ou comportamental. O Professor Dennis Werner,

do Departamento de Antropologia Cultural da UFSC, filósofo, PhD em antropologia cultural e ex-presidente do Human Relations Areas Files, da Universidade de Yale (EE.UU), nos apresenta uma visão baseada em estudos neurológicos recentes. Citando Steven Pinker¹⁶, o autor lembra que “possuímos 100.000 genes, mas 10 bilhões de neurônios com 10 trilhões de interconexões. [e conclui] Obviamente não existe um gene específico para determinar cada interconexão neuronal” (Werner, 1997: 55).

Seguindo essa linha de raciocínio, pode-se aceitar que o volume total de neurônios humanos seja geneticamente definido, e, até certo ponto, que esse volume seja aproximadamente o mesmo para todos os membros da espécie, e que não mude significativamente ao longo da vida. O que aumenta em vista dos processos de aprendizagem são as interconexões neuronais. Mas não se pode explicar geneticamente como as interconexões vão se processar. Sabe-se, porém, que elas ocorrem e são responsáveis pelo aumento da massa cerebral, verificada ao longo da vida, sobretudo nos primeiros anos. O que poderia provocar o aumento dessas interconexões — matrizes do processo cognitivo? Segundo Werner (Id.Ib:55), ancorado nos estudos de Pinker, estímulos ambientais são os responsáveis pelos processos a partir dos quais o cérebro poderia incorporar material de crescimento, porém essa incorporação não parece seguir uma regra fixa para todos os indivíduos humanos. Ou seja, submetidos aos mesmos estímulos, dois gêmeos univitelíneos — portanto possuidores da mesma carga genética — podem desenvolver-se de formas diferentes tanto em termos de aquisições neuro-psíquicas-motoras como cognitivas ou emocionais.

Werner chama a atenção também para o fato de que esse crescimento da massa cerebral às custas do desenvolvimento de interconexões neuronais, embora sem definição pré-programada, se faz privilegiando certas conexões *mais ativadas*. Este autor, porém, não apresenta uma explicação para a existência dessas interconexões ou sinapses mais ativadas. Informa apenas que os axônios — substratos materiais dessas interconexões — crescem como

¹⁶ Steven Pinker é psicólogo e lingüista. É Professor de Harvard onde desenvolve pesquisas no campo da lingüística envolvendo aspectos psicológicos e neurológicos. Nos seus estudos, assume posições evolucionistas e nega a noção da mente do recém-nascido como uma *tabula rasa*, no sentido lockeano.

que buscando os seus destinos naturais, ou seja, um axônio do olho busca no cérebro a área ‘certa’ de conexão (não busca, por exemplo, a área da olfação), mas aí chegando não se liga diretamente ao seu destino. Ocorre uma competição vencida pelas sinapses mais ativadas. (Werner, 1997:55).

A partir da contribuição do Professor Werner resultam duas conclusões possíveis: os estímulos provenientes do meio desempenham papel preponderante no crescimento e no estabelecimento de interconexões neuronais; entretanto, alguma coisa parece independe dos fatores ambientais; está pré-programada, a exemplo da ‘escolha certa’ do axônio pela sua área natural de conexão, ou a aparente competição de neurônios menos e mais ativados, posterior ao nascimento. “Imagino que pesquisas futuras mostrarão uma mistura de capacidades pré-programadas e elementos ‘aprendidos’ em diferentes fases do desenvolvimento”, conclui Werner (Id. Ib: 56). Posição que adoto como a mais consistente.

A discussão, com base nesses autores, sobre os aspectos *inatos* e *adquiridos*, na formação dos processos cognitivos — e por extensão mentais — do ser humano, reafirmam a concepção de que o indivíduo não pode ser tomado como uma *determinação isolada do seu inatismo*, seja ele representado por fatores genéticos ou ontológicos, nem como *produto do meio*, mas como *síntese de trocas constantes entre suas potencialidades inatas e o meio em que vive*.

Assim sendo, uma criança, ao nascer, traz elementos que a conformarão como ser humano completo, mas essa conformação não segue uma programação inexorável. Elementos da cultura vão ajudar a definir o *vir-a-ser* dessa criança, ora promovendo, ora inibindo, ora determinando características que a conformarão como um ser humano total na sua complexidade biológica, psíquica, emocional e cultural simultânea e imbricadamente estruturada. Nessa perspectiva, se justifica entender a saúde mental ou a sua alteração, consubstanciada nos *transtornos mentais*, como resultado, em parte, das influências do ambiente em que a criança está inserida e da forma como se verifica essa inserção.

2.6 CRIANÇA E FAMÍLIA: consolidação e desestruturação

Este trabalho postula, inicialmente, que a quebra dos vínculos afetivos da criança com os seus cuidadores — particularmente a mãe — nas primeiras fases da vida, poderia justificar o incremento dos *transtornos mentais* em crianças, verificados nas últimas décadas.

Objecções levantadas a essa linha de raciocínio fazem-se no sentido de contestar esse presumido incremento dos *transtornos mentais*, seja na população infantil, ou na população em geral. Os que assim procedem costumam lembrar que houve um aumento da população planetária e que isso seria necessariamente acompanhado do aumento de todas as taxas de morbidade, inclusive daquelas associadas ao campo mental. Por outro lado, o desenvolvimento de novos procedimentos diagnósticos faria crescer o número dos portadores de distúrbios pelo aumento na descoberta desses distúrbios. E por fim, argumentam que a maior possibilidade de comunicação nos colocaria mais facilmente em contato com dados atualizados e precisos acerca das patologias. Esses fatores, isoladamente e em conjunto forneceriam uma falsa impressão de que vivemos uma *epidemia* de sintomas mórbidos, em particular daqueles associados aos *transtornos mentais* ou *mentais e comportamentais*.

Acerca da primeira hipótese, cumpre lembrar que nos anos de 1980 a 1992, por exemplo, a população mundial cresceu 14%, enquanto a taxa mundial de suicídios, segundo Pacheco e colegas (2003), sofreu um incremento de 56,9%. As maiores taxas de suicídios, por outro lado, ocorreram exatamente em países com taxas de crescimento vegetativo próximo a zero (OMS/OPAS, 2001: 3). Menciono o suicídio por julgar que essa natureza de transtorno é paradigmática em termos de saúde mental. Com relação aos *transtornos depressivos*, seu incremento esteve bem acima do crescimento populacional vegetativo, ao ponto que, como vimos, constituir hoje a quarta causa de afastamentos do trabalho nos países desenvolvidos, com a estimativa de que venha a ocupar em futuro próximo, a segunda posição, conforme atesta a OMS no Relatório de 2001 (OMS/OPAS, 2001).

A segunda linha de argumentação não resiste a uma observação mais atenta. Os mecanismos e procedimentos diagnósticos, no âmbito das patologias enquadráveis como *transtornos mentais e comportamentais*, particularmente os de natureza emocional, que mais

nos interessam no presente estudo, são essencialmente clínicos e, a rigor, pouca contribuição receberam dos avanços tecnológicos verificados nas últimas décadas. A constatação de que alguém se suicidou não carece de recursos diagnósticos novos. Por outro lado, não há exame laboratorial ou de imagem que diagnostique depressão, ideação ou tentativa de suicídio. Até mesmo a enigmática fibromialgia, embora com manifestações essencialmente físicas, resiste às tentativas de desnudamento laboratorial, tendo o seu diagnóstico definido a partir essencialmente da avaliação clínica (Pollak e Atra, 2002: 1103).

Por fim, contraponho ao terceiro argumento a fala do Diretor do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EE.UU, segundo o qual o seu país “está passando por uma crise na saúde mental dos lactentes, crianças e adolescentes” (Nota 3). Parece-me, na melhor das hipóteses, questionável que os EE.UU. não tivessem há 30-50 anos recursos de comunicação que lhes permitisse conhecer e dar conhecimento ao mundo de tais achados, e que por isso grandes contingentes populacionais padecessem de condições clínicas associadas aos transtornos mentais, ocultados por dificuldades de comunicação. Também me parece questionável que o Diretor do DHHS-US admita que o seu país *está passando* por uma situação de *crise* e desconheça que essa situação pré-existia, havendo apenas uma ignorância a seu respeito. É plausível, portanto, defender que esse aumento no volume e na severidade dos *transtornos mentais e comportamentais infantis* de fato venham ocorrendo, restando-nos a tarefa de buscar as possíveis explicações para o fenômeno em tela.

Dadas as condições de vida da realidade contemporânea e a importância de um mínimo de estabilidade para que uma criança seja gestada e assistida na sua primeira infância para que possa desenvolver-se como pessoa saudável em vista do que se espera em termos de normalidade para essa criança, julgo pertinente a hipótese que as perturbações produzidas no seio das famílias, mormente as que dizem respeito à saída do elemento materno do lar para o mercado de trabalho, vêm constituindo *fator estressor* importante para as crianças e, nesse sentido, propiciam o surgimento das condições que vêm determinando o crescimento dos *transtornos mentais e comportamentais infantis* verificados nos últimos anos no mundo ocidental.

A noção de confiança, que a criança precisa ter no meio ambiente, representado por seus cuidadores é, a meu ver, fator basilar na constituição de uma personalidade estável, essencial para um desenvolvimento infantil saudável, como nos alerta Anthony Giddens:

A confiança, afirmo, é um fenômeno genérico crucial do desenvolvimento da personalidade (...) está diretamente ligada à obtenção de um senso precoce de segurança ontológica. A confiança estabelecida entre uma criança e os que cuidam dela instaura “inoculação” que afasta ameaças e perigos potenciais que até mesmo as atividades mais corriqueiras da vida cotidiana contêm. A confiança nesse sentido é fundamental para a formação de um ‘casulo protetor’ que monta guarda em torno do eu em suas relações com a realidade cotidiana. (2002: 11).

Durante toda a vida os seres humanos são desafiados a procurar formas de relacionamento com a realidade cultural em que estão inseridos que lhes permitam conviver com essa realidade de uma maneira satisfatória, advindo desse relacionamento a caracterização do que entendemos como normalidade. Os *transtornos mentais* em crianças não são exclusivos dos tempos atuais, mas o incremento verificado, a ponto de caracterizar uma *crise*, como denunciado pelo diretor do DHHS-EE.UU, sim. Que teria havido, então, que explique o aumento de transtornos dessa natureza?

A busca de *uma* causa é pretensiosa. Entretanto, algumas transformações experienciadas pelas sociedades ocidentais, ao longo do último século, em particular na metade final, podem ter contribuído de forma relevante para conformar o ambiente no qual os transtornos acima referidos encontraram campo propício — ou mais propício. “A ciência moderna está mostrando, (...) *que a exposição a estressores durante o desenvolvimento inicial está associada com hiperatividade cerebral persistente e o aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida*” (grifos meus. Heim et al.2000 apud OMS/OPAS, 2001: 1).

Transformações de quase todos os parâmetros sociais que balizavam os relacionamentos humanos ocorreram nas últimas cinco décadas de uma forma jamais vista. Alvin Toffler, consultor de empresas e futurólogo americano, publicou dois livros que mostravam como essas transformações foram-se processando e que possibilidades projetavam, lançando luz sobre as modificações que se nos apresentavam como inexoráveis para os anos vindouros.

Em *O Choque do Futuro* (1970), o autor antecipa o modo de vida que se engendrava a partir das condições geradas pela alta tecnologia, e antevia o *choque cultural* que seria experimentado pelas pessoas ante os novos padrões de produção e consumo. Em *A Terceira Onda* (1972), discute as grandes ondas revolucionárias do processo produtivo — a agrícola, a industrial e a da informática — e as suas implicações nas relações interpessoais. O livro enfatizava em particular as transformações provocadas pela revolução da informática, por ele denominada *terceira onda*. Segundo Toffler, nada do que se vivera antes poderia ser comparado ao que se anunciava a partir do advento da chamada *sociedade da informação*.

Os processos produtivos, antes naturalmente limitados pelas condições materiais objetivas, passam a ter como limite a própria capacidade de sonhar do ser humano, ou seja, nenhum. O processo produtivo, com a possibilidade de *máquinas fazendo máquinas*, tornou praticamente inesgotável a capacidade de produzir. Os mercados não se limitariam às fronteiras dos países produtores, o capital industrial fixo, cederia lugar ao capital informacional na hegemonia do processo de acumulação e no engendramento de novos processos produtivos e relacionais.

A reação dos cientistas sociais, antropólogos e humanistas oscilou entre o descrédito, relegando tais previsões à categoria de alarmistas, até os entusiasmados apoios. Um dos meus Professores, em 1980, em palestra proferida na Universidade Federal do Rio de Janeiro, disse que seria ilusão achar que robôs poderiam substituir homens nas linhas de montagem. Segundo esse Professor, mesmo tarefas aparentemente simples como a pintura de automóveis, por exemplo, requeriam tamanha soma de processamentos que estariam fora do alcance mesmo das mais complexas máquinas robotizadas. Essa afirmação desconsiderava a assertiva do fundador da Intel Corporation, Gordon Moore, segundo o qual a capacidade de processamento dos computadores duplicaria a cada 18 meses. O que vimos se confirmar a ponto de adquirir força de lei da indústria da informática — a chamada Lei de Moore —.

Os avanços tecnológicos vieram confirmar que Toffler não só estava correto, mas até mesmo comedido, no anteciper dos acontecimentos. O aumento da capacidade de processamento e a crescente associação entre os processos informacionais puros,

consubstanciados em programas complexos e versáteis — os *softwares* — e os aparelhos responsáveis pela sua operacionalização — os *hardwares* — permitiram a construção de ‘cérebros eletrônicos’ cada vez mais rápidos e operacionais, viabilizando o processo de robotização que viria substituir o elemento humano na execução de muitas tarefas, abrindo possibilidades antes inimagináveis. Vivemos, então, uma revolução nos processos produtivos, com implicações sobre as pessoas e as relações interpessoais, igualmente inimagináveis. Como numa seqüência em cascata, os fatos foram-se precipitando e gerando novas séries que abriam novos leques, numa seqüência exponencialmente crescente.

Essas transformações, como seria de se esperar, não se limitaram aos aspectos materiais do processo produtivo, mas se estenderam a todos os campos da atividade humana, provocando mudanças na forma como as pessoas passaram a encarar a vida em termos pessoais e em sociedade. Gerou-se uma sensação de aturdimento, de vertigem. Richard Sennett em *A corrosão do caráter* (2005) alerta para o clima de incerteza que tomou conta das pessoas, mas não aquela incerteza mais ou menos esperada em vista de situações especiais, como as guerras, as calamidades e as crises; Sennett fala da *incerteza incorporada ao dia-a-dia*, que inviabiliza considerações de longo prazo, seja no processo produtivo — que incorporou o imediato como norma — seja nos processos sociais subjacentes. Para este autor:

O que é singular na incerteza hoje é que ela existe sem qualquer desastre histórico iminente; ao contrário, está entremeada nas práticas cotidianas de um vigoroso capitalismo. A instabilidade pretende ser normal. (...). *Não há mais ‘longo prazo’* [como lema de vida] desorienta a ação a longo prazo, afrouxa os laços de confiança e compromisso e divorcia a vontade do comportamento (2005:33).

A impressão de solidez no mundo e nos processos sociais até então vigentes — de um certo modo ratificada pela chamada *tecnologia pesada* — deu lugar a uma incômoda sensação de *fluidéz*, como advoga Zigmunt Bauman, para quem “O mundo (...) está-se preparando para uma vida sob uma condição de incerteza que é permanente e irredutível. (...). Vivemos hoje na atmosfera do ‘medo ambiente’”. (1997: 32-33), conclui, utilizando expressão cunhada por Marcus Doel e David Clarke.

Dentre os fatores responsáveis por essa atmosfera de *medo ambiente*, Bauman menciona “o despedaçamento das redes de segurança socialmente tecidas e societariamente

sustentadas” (Baumann, 1997: 35) bem como “o esfacelamento das outras redes de segurança tecidas e sustentadas pessoalmente como família, vizinhança, locais para onde uma pessoa podia retirar-se para curar as contusões deixadas pelas escaramuças do local de trabalho”. (Id. Ib: 35). Dessas *redes de segurança*, às quais alude Bauman, chama particular atenção a família, posto ser este ambiente local privilegiado para a tecitura do desenvolvimento infantil.

Phillipe Ariès, na *História Social da Criança e da Família* (1973), situa entre o final do século XVII e o início do século XVIII o recolhimento da família à intimidade da casa, criando dessa forma as condições para o início do sentimento de infância tal como o entendemos hoje. Antes desse período já estava presente nas classes sócio-econômicas favorecidas a noção de que a criança precisava ser protegida, mas a tarefa de cuidar delas, via de regra, era dividida com os servos e criados, e não exclusiva e primordial dos pais. A noção de família nuclear, representada por pai, mãe e filhos, não era prevalente. A vida social era essencialmente coletiva.

Por volta do Século XV, a infância normalmente terminava quando as crianças adquiriam condições mínimas de sobrevivência autônoma. Os ensinamentos que recebiam, no sentido de prepará-las para a vida em comunidade, eram ministrados por pessoas mais velhas que elas, às vezes crianças também. Ocorria algo semelhante às artes de ofício, em que às pessoas mais velhas e, presumivelmente mais sábias, competiam os cuidados e os ensinamentos das mais novas e inexperientes. Essa relação entre aprendizes e mestres criava um sistema de camaradagem geralmente mais importante e intenso que as relações estabelecidas entre as famílias biológicas, o que não implicava, necessariamente, em vínculos afetivos sólidos ou marcados pela solidariedade. Por vezes esses cuidados e ensinamentos eram cobrados em forma de trabalhos, e os castigos físicos eram freqüentes. “A partir do final da Idade Média [meados do Século XV] esse sistema de camaradagem encontraria na opinião influente uma oposição crescente, e se deterioraria gradativamente, até aparecer no final como uma forma de desordem e de anarquia” (Ariès, 1973: 179). Em seu lugar surgiram as organizações escolares.

A infância saiu das ruas e praças para as escolas autoritárias e disciplinares. Ainda não era dos pais a responsabilidade pelos cuidados com a educação, entendida como preparação para a vida, em sentido amplo. Nas escolas, o ensino era destinado a tornar a criança apta a viver em comunidade e a desempenhar as tarefas que lhe permitissem sobreviver, levando em conta a sua classe social. Os pais tinham pouca ou nenhuma influência nesse processo. A criança ainda *pertencia* ao mundo. O que também — de um certo modo — se verificava em relação aos pais, particularmente ao pai. Pois, se a criança estava afastada do lar, entregue ao mundo para ser educada, o pai, por sua vez, se encontrava fora do lar, envolvido com as atividades laborais. Essa situação logicamente não favorecia o estabelecimento de uma vida social centrada na família.

Ariès ressalta que até meados do Século XVII tanto o homem se encontrava muito envolvido com atividades externas ao lar — e “quanto mais o homem vive nas ruas ou no meio das comunidades de trabalho (...) mais essas comunidades monopolizam não apenas o seu tempo, mas também seu espírito, e menor é o lugar da família em sua sensibilidade” — quanto os filhos, “enviados para outras casas, como aprendizes”. Desse modo, “as condições de vida quotidiana não permitiram esse entrincheiramento necessário da família.” (Ariès, 1973: 238). Cumpre ressaltar, porém que a criança estava no mundo, mas o mundo a aceitava como “sua” e por ela se responsabilizava. Do ponto de vista da cultura havia condições de estabilidade em vista do que se cobrava e do que esperava da criança e do indivíduo.

As condições favoráveis à formação do *sentimento familiar*, caracterizadas pelo entrincheiramento dentro da casa, que viabilizaram a formação da família nuclear, somente começaram a se definir nos anos finais do Século XVI, e mais intensamente, em meados do século XVII. Ariès refere-se a uma gravura, datada do final Século XVII, que mostra uma família bem sucedida, representada pelo pai e pela mãe, tendo um bebê ao colo e ao seu lado uma outra criança maior, presumivelmente um outro filho. A gravura é complementada por uma legenda que diz: “Feliz daquele que segue a lei do céu/ E emprega a parte mais bela de sua vida/ Em servir a seu Deus, sua família e a seu Rei” (1973: 208). A família, a esta altura, havia-se tornado uma instituição basilar da sociedade, equiparando-se a Deus e ao Rei.

Mas ainda se aguardaria por todo o Século XVIII e parte do Século XIX para que a família se consolidasse como a família nuclear, tal como hodiernamente a temos. Nesse processo — lembra Áries — irá desempenhar papel fundamental o movimento massivo de retorno de crianças mantidas em Escolas ou sob o cuidado de amas-de-leite para os lares paternos.

Neste período — compreendido entre a metade final do Século XVIII e a metade inicial do Século XIX — entre as famílias das classes populares, já havia se tornado prática corrente o cuidado com os próprios filhos, mas as famílias abastadas — nobres e burgueses — continuavam deixando os seus filhos aos cuidados de amas-de-leite. Nesse meio termo, pontua o autor, houve uma mudança cultural importante: os fatores de atração dos bebês aos lares foram mais fortes e as amas é que passaram a se deslocar para as casas das famílias abastadas, algumas das quais levando consigo os seus próprios filhos. O autor enfatiza o imbricamento entre as noções de família e de infância e acentua o papel importante que a segunda desempenha na conformação da primeira.

O retorno da criança aos lares foi simultaneamente associado à conformação da família nuclear moderna que, por sua vez, passou a cumprir novos papéis dentro da estrutura social, agora marcada pelos novos processos de trabalho, inaugurados em vista da incipiente revolução industrial. Nesse novo cenário, o papel de provedor do homem foi associado novamente às atividades externas ao lar, e à mulher foi reservado preponderantemente o papel de cuidador, de dona da casa. Não tenho o interesse ou a pretensão de discutir os complexos fatores que nortearam a definição desses papéis. Nesta dissertação limitar-me-ei a situar a família a partir da sua consolidação como família nuclear que — como visto em Ariès — se dá entre os Séculos XVII e XIX. É essa noção de família, com a sua nova conformação e os seus novos papéis, que o Século XX verá surgir.

Com a intensificação dos processos produtivos, inaugurados a partir da Revolução Industrial, o homem voltou ao mundo, ao mercado de trabalho. Por outro lado, começa a ocorrer a incorporação da mão de obra feminina ao processo produtivo como força ativa de trabalho. Os fatores determinantes da entrada da mulher no mercado de trabalho são

complexos e variados. O incremento do parque industrial nas grandes cidades, a ocorrência de duas grandes guerras, que mobilizaram militarmente um grande contingente masculino, ou mesmo a assunção de uma nova postura da mulher frente ao mundo podem ser mencionados como alguns desses fatores. De qualquer modo, o pai — num primeiro momento — e em seguida a mãe, mesmo que de forma ainda modesta, intensificam um movimento de retorno ao mundo do trabalho, externo ao lar.

Com o advento da revolução da informática — a terceira onda de Toffler — e o incremento dos postos de trabalho ligados ao setor de serviços, radicalizou-se a presença da mulher no mercado. Segundo Sennett (2005), de 1960 a 1990 dobrou a participação das mulheres na força de trabalho assalariada nos EE.UU. Enquanto “nas economias desenvolvidas do mundo em 1990, quase 50% da força de trabalho profissional liberal e técnica já era de mulheres, a maioria empregada em tempo integral” (2005: 66). A incorporação maciça da mulher como força de trabalho, dentre outros fatores, produziu significativas alterações na dinâmica familiar, notadamente no tocante aos cuidados com os filhos. Desde o retorno das crianças aos lares, não se havia visto alteração tão profunda do *ethos* familiar.

A família nuclear, entronizada no papel de *porto-seguro, refúgio das escaramuças do dia-a-dia* (Baumann, 1997) teve as suas bases abaladas até a quase total desestruturação. Assim, a noção de família — que se imbrica com a noção de infância — foi redefinida. Nessa redefinição não há lugar para a mulher-mãe e muito menos para a criança. A criança precisa, então, deixar o lar e voltar ao mundo, às instituições — creches, escolas de tempo integral, atividades extra-escolares e outras ocupações do ‘tempo ocioso da criança’ —. A família deixa novamente de ser o lugar preferencial e privilegiado dos cuidados infantis. E não se pode pressupor que estaríamos apenas fazendo o caminho de volta, ao devolvermos a criança ao mundo de onde ela — afinal — veio, pois as condições agora são outras.

Quando no Século XV o processo educativo das crianças — entendido como *preparação para a vida em totalidade* — era deixado sob a responsabilidade do coletivo comunitário se tinha a garantia de um lugar para essa criança dentro desse coletivo, o qual, de

alguma forma, se sentia responsabilizado por ela. Nessa condição o coletivo comunitário dava suporte ao processo de formação da criança, a qual, como vimos, não chegava a se constituir em *propriedade* dos pais, e nem era deles a tarefa de prepará-las, em todos os sentidos, para a vida. Os cuidados infantis eram coletivamente assumidos. O *ethos* social comportava essa forma de relação entre o todo social e o mundo infantil, tanto — insisto — em termos do que oferecia à criança em termos de cuidados como em termos do que cobrava dessa criança como partícipe do todo coletivo.

Neste novo contexto, pós-Revolução Industrial e, sobretudo, na vigência da revolução da informática, as tendências vigentes são de desagregação. Verifica-se o *esfacelamento das redes de segurança societariamente definidas*, bem como a desconstrução dos *casulos protetores*, que criavam uma condição de *fé na coerência dos processos existenciais*, como advoga Giddens (2002). Não temos mais as redes culturais fornecedoras das condições homogêneas que davam sentido e significado a esse estar no mundo infantil.

A partir do pressuposto que o processo de conformação do sujeito social-cultural, assumido como a conformação do seu psiquismo, se faz pela interação de fatores inatos — genética e ontologicamente dados — com fatores ambientais, importa questionar que contribuição essas transformações vão fornecer no sentido de engendrar as *condições estressoras* propícias ao desenvolvimento de personalidades mais suscetíveis aos *transtornos mentais*. Com a finalidade de apresentar algumas possíveis respostas a esse questionamento discute-se, em seguida, o processo de formação do aparelho psíquico à luz das teorias freudianas e, particularmente, à luz das contribuições de Erik Erikson e Françoise Dolto.

Capítulo 3

A FORMAÇÃO DO PSIQUISMO:

A MENTE HUMANA E SEUS MECANISMOS

INCONSCIENTES

O que a psicanálise revela (...) dos neuróticos, também pode ser observado na vida de certas pessoas normais. A impressão que dão é de serem perseguidas por um destino maligno ou possuídas por algum poder 'demoníaco'; a psicanálise, porém, sempre foi de opinião de que seu destino é, na maior parte, arranjado por elas próprias e determinado por influências infantis primitivas.

Sigmund Freud

Várias possibilidades de abordagem teórica poderiam ser aventadas para intentar compreender a criança quanto ao seu processo de desenvolvimento mental. Um dos caminhos contempla a compreensão da criança como uma totalidade corpo-mente, cuja construção como sujeito se dá a partir da interação de fatores individuais — genéticos e ontológicos inatos — com fatores ambientais, adquiridos historicamente, os quais serão amalgamados e conformarão aquilo que podemos chamar *mente humana*, que tomarei como semelhante a *psiquismo* ou *aparelho psíquico*.

Segundo Mark Solms ainda estamos longe de um consenso acerca da formação da mente ou psiquismo humano, “mas um número cada vez maior de neurocientistas está chegando à mesma conclusão de Eric Kandel, da Universidade de Colúmbia e Nobel de Medicina/Fisiologia de 2000: a psicanálise ‘ainda é a visão da mente mais intelectualmente satisfatória e coerente’” (2004:7). Esta citação deixa claro que não se renega uma certa base biológica da psicanálise embora o tema suscite controvérsias. Sendo essa uma das razões para a adoção de Françoise Dolto e Erik Erikson como estofos teóricos, posto que esses autores também não renegam um certo biologismo, como veremos adiante.

Esta dissertação não tem como intenção empreender uma análise — em termos psicanalíticos — de crianças e sua relação com a sociedade. Apenas busca, com base em pressupostos psicanalíticos, respostas para inquietações acerca da formação da mente humana, considerando, em consonância com Nasio¹⁷, que a psicanálise, enquanto forma de compreender o funcionamento do aparelho psíquico ou mental, constitui “(...) uma imensa resposta, uma resposta inacabada à pergunta: qual é a causa dos nossos atos? Como funciona nossa vida psíquica?” (1995: 15). A utilização do termo *mente* como organização psíquica do sujeito, certamente encontra respaldo em Freud e nos clássicos da psicanálise. Nasio, por exemplo, a partir de uma releitura dos escritos de Freud, diz que “a concepção freudiana da vida mental, (...) pode formalizar-se num esquema lógico elementar.” (Nasio, 1995: 15). Nessa perspectiva toma *vida mental* como semelhante a *psiquismo*. Uma associação entre

¹⁷ Juan-David Nasio é Professor da Universidade de Sorbone e dirige os *Séminaires Psychanalytiques de Paris*. É autor de várias obras e um divulgador mundial do conhecimento psicanalítico.

psicanálise e mente se faz possível no momento em que tomamos mente em sentido amplo, como vida psíquica ou *essência de estar vivo* (Batistella, 2004) ou como *dinâmica de auto-organização* (Capra, 1982).

Os pressupostos básicos da teoria psicanalítica, em geral aceitos por todas as correntes psicanalistas, foram estabelecidos por Sigmund Freud no início do Século XX. Mais ou menos na mesma época em que psicólogos experimentais procuravam compreender a formação da mente humana a partir do entendimento dos processos cognitivos. Acreditavam que, partindo das experiências com animais, acabariam demonstrando que, tal como se houvera chegado à unidade orgânica básica — a célula — também assim se chegaria a uma eventual *unidade mental básica*, e dessa forma acreditavam poder compreender, *in totum*, os chamados *processos psicológicos superiores* tais como raciocínio, cognição, pensamentos, emoções. O intento nunca foi logrado. Uma tal *unidade mental básica* — a partir da qual toda a estrutura psíquica se organizasse — ainda não pôde ser identificada, e os *processos psicológicos superiores* jamais puderam ser derivados da mera complexificação dos processos simples — como os reflexos sensitivos motores — revelados a partir da experiência com animais (Vygotsky, 1991).

Os estudos de Freud — médico e especialista em neurologia — também intentavam buscar a compreensão do funcionamento da mente humana, porém seguindo percurso inverso. Ao invés de focar os processos cognitivos, revelados a partir de observações conscientes, buscou a compreensão dos processos mentais a partir da influência de fatores inconscientes. Em um trabalho publicado em 1895, *Projeto para uma psicologia científica*, lançou os pressupostos do que viria a se constituir nos fundamentos da teoria psicanalítica. Nesse texto, adota um esquema já consagrado pela neurofisiologia do século XIX para explicar a circulação do impulso nervoso: o esquema do arco reflexo, que consiste, grosso modo, em aceitar que um estímulo recebido do meio provoca um desequilíbrio energético — de cargas elétricas, em forma de potencial de ação — que leva a uma tensão. Essa tensão se desloca pela fibra nervosa como corrente elétrica e provoca resposta numa extremidade efetora (um músculo ou uma glândula, por exemplo) que, através de uma resposta específica, como

contração muscular ou segregação glandular, alivia a tensão provocada pela estimulação. Esta resposta, manifesta como uma ação, representa uma descarga energética. Nesse sentido, no arco reflexo ordinário, a tensão geradora do estímulo teria origem externa ao sistema e levaria, em última instância, a uma alteração que poderia se exercer também externamente ao sistema, reconduzindo ao equilíbrio energético do circuito.

O psiquismo humano pareceu a Freud regido, em linhas gerais, por princípio semelhante. Mas com duas grandes diferenças: a primeira, é que “Na vida psíquica (...) a tensão nunca se esgota. Estamos, enquanto vivemos, em constante tensão psíquica. Esse princípio de redução da tensão deve ser considerado como tendência e nunca como realização efetiva” (Nasio, 1995: 17). E assim o é porque a estimulação, em se tratando do aparelho psíquico, não está *fora* dele, mas dentro. Mesmo que a estimulação desencadeadora do estímulo seja externa não é essa estimulação que ‘impressiona’ o psiquismo. Para que o estímulo externo atinja a psique, segundo Freud, é necessário que se gere internamente uma *marca psíquica*, um *representante ideativo* da estimulação, esta sim responsável pela excitação do aparelho psíquico.

A outra diferença é que esse *representante ideativo* da estimulação, uma vez carregado, tem a propriedade de continuar existindo mesmo na ausência de novas estimulações externas. Ou seja, reproduz-se endogenamente, a ponto de não ser possível distinguir, ou mesmo interessar saber, se a imagem endógena — ou *representante ideativo* da estimulação — tem respaldo no mundo exterior ou é uma criação ou recriação endógena. “Tornando assim as tentativas de reabsorver a excitação e eliminar a tensão fadadas ao fracasso” (Id. Ib: 18).

À tensão acumulada Freud se referiu como *desprazer*, que o aparelho psíquico tenta em vão abolir. A hipotética eliminação dessa tensão traria o *prazer*, jamais conseguido de forma completa, porém incessantemente buscado. O equilíbrio consiste nessa busca e não na sua consecução. Conviver com essa tensão é desprazeroso na medida em que isso se opõe ao prazer total, mas buscar o prazer parcial, incessantemente, não é outra coisa “senão a chama vital de nossa atividade mental” (Nasio, 1995: 18). Para Freud, portanto, o elan vital, a fonte

da vida — denominada por ele de libido — seria a responsável por essa busca de distensionamento do aparelho psíquico manifesta no princípio do prazer, que não deve ser confundido com satisfação, pois como veremos adiante, Freud atualizou a sua concepção defendendo que o *prazer psíquico* por vezes pode-se manifestar como sofrimento do corpo.

Essa primeira aproximação das noções elementares da teoria psicanalítica, tal como pensadas por Freud, se completa — para os interesses imediatos desta dissertação — com a noção básica de *inconsciente*, que pressupõe o entendimento do mecanismo do recalçamento. Os estímulos geradores de prazer seriam, em sua maioria, impedidos de se manifestar, ou seja, seriam recalçados. Nessa primeira e elementar perspectiva o inconsciente freudiano seria constituído do conjunto das imagens — rerepresentações ideativas — que não lograram manifestação no mundo externo. Para explicar esse mecanismo Freud criou a noção de *eu ideal*, entendido como imagens externas à criança — representadas sobretudo pela mãe ou seus representantes parciais, como o peito, leite, fezes, voz etc — que funcionariam para ela como objetivos a serem atingidos, mas nunca alcançados porque a fantasia da criança não tem correspondente exato no mundo real. Nessa perspectiva o recalçado seria formado não apenas daquilo que foi impedido — por injunções externas — de se manifestar, mas também daquilo que não pôde se manifestar pela impossibilidade natural de se encontrar no mundo real algo que se equipare à imagem ideativa formada.

Segundo Freud, então, o impulso ao prazer consiste numa busca de comparação dos objetos que se encontram no mundo real com aquelas imagens que constituem a noção inconsciente de prazer. Como nenhum objeto se encaixa nesta imagem, pois ela não é real, mas produto de uma fantasia, a criança — o ser humano por extensão — vê-se lançado no circuito infinito do desejo.

É importante mencionar que uma explicação sobre a teoria do desejo como essa que expus pode ser contestada, pois o próprio Freud não foi muito preciso nas suas formulações quando se referia aos bebês. Em vista disso, alguns autores tentaram completar a obra do mestre, dentre os quais Erik Erikson e Françoise Dolto, como veremos oportunamente. Por outro lado, estou omitindo de forma intencional algumas particularidades da teoria freudiana

por entender que essas particularidades — dispensáveis à compreensão do conjunto — são desnecessárias ao entendimento que quero dar e a linha de raciocínio que quero seguir.

Essa primeira visão do inconsciente freudiano foi incrementada pelo próprio Freud a partir de 1920-1923, com a introdução do conceito de *Es*, cuja tradução foi feita para o termo em latim *Id*, forma mantida em muitas traduções das obras de Freud, embora alguns tenham ultimamente adotado a forma aportuguesada *Isso*, ou a dupla menção *Id/Isso*, como podemos ver em Laplanche e Pontalis (2001). O termo faz alusão às expressões corriqueiras, associando-se a fatos que estão além da compreensão: '*Isso* é maior do que eu'; '*Isso* me domina', '*Isso* está me levando à loucura'. O *Isso* aqui aludido é essa força inconsciente que nos move e nos funda como sujeitos desejantes.

O *Isso/Id* desta segunda abordagem se diferencia do *inconsciente* como definido anteriormente porque o autor percebeu que a instância recalcante, o Eu/Ego e suas operações defensivas quase sempre são igualmente inconscientes e se incorporam ao psiquismo do sujeito a partir da sua interação com o meio. Assim o *Isso/Id* compreenderia tudo aquilo que foi definido antes, ou seja, o conjunto das imagens ideativas recalcadas/não manifestas em vista dos mecanismos inconscientes de recalçamento ou pela impossibilidade material de realização produzidos, sobretudo, na infância, mais aqueles recalçamentos promovidos também inconscientemente pelo Eu/Ego ao longo da vida. Essa nova noção do inconsciente o torna continuamente dinâmico, posto que em qualquer momento da vida o sujeito está desejando *coisas* que não podem ou não devem — a partir de uma filtragem inconsciente promovida pelo Ego — se manifestar. Nessa perspectiva, o *Isso/Id* é um inconsciente ampliado, “o grande reservatório da libido e, mais geralmente, da energia pulsional.” (Laplanche e Pontalis, 2001: 220).

Assim, em termos gerais, o inconsciente freudiano é o depositário da libido que, formado a partir do recalçamento inconsciente dos impulsos não manifestos, bem como dos mecanismos de defesa do Eu/Ego, mantém a *chama da vida* e constitui a base do psiquismo, ou, conforme Nasio, “a essência mesma do psiquismo, o psiquismo em si. (...). O inconsciente é o psíquico em si e sua realidade essencial”. (1995: 26.). Nesse sentido, as manifestações

conscientes, aquelas das quais tomamos conhecimento e sobre as quais temos algum controle, são manifestações marginais dos processos psíquicos inconscientes. Um epifenômeno, do qual as forças inconscientes são o fator determinante.

Mas que relação poderíamos estabelecer entre a noção de inconsciente segundo Freud e a mente ou psiquismo infantil? Ou ainda: que relação poderíamos estabelecer entre a formação da mente ou psiquismo infantil e os *transtornos mentais e comportamentais*?

Para responder a essas indagações há que entender o processo de formação da *mente humana*, que se faz em consonância com o processo de formação do *ser humano* como um todo. Por isso a expressão *mente como a essência de estar vivo*, tomada de Batistella (2004) assume grande relevância; nessa perspectiva, *mente e corpo* deixam de ser realidades distintas. Perde o sentido falar de um corpo como algo apartado da mente; mente e corpo conformam-se como *realidade una*. Assim, a busca de uma compreensão acerca da mente humana associa-se à busca da compreensão do *ser humano* como um todo.

Ou seja, que forças, que fatores guiam a criança da sua condição de completa dependência em relação aos provedores até a situação de independência e autonomia, mesmo relativas? Como se dá esse processo de desenvolvimento em sua relação com a cultura, com os padrões socialmente definidos e aceitos como normais? Como neutralizar os fatores estressores, sempre presentes, a ponto de definir uma personalidade estável e, por conseguinte menos suscetível aos *transtornos mentais*? São perguntas que estimulam o gênio humano desde épocas imemoriais. Respostas poderão ser buscadas com base em vários referenciais teóricos, inclusive nos referenciais freudianos, cujos elementos basilares da formação da mente ou do psiquismo infantil são de natureza inconsciente.

Este percurso que leva da imaturidade total do recém-nascido até sua relativa independência e autonomia em relação aos provedores, não constitui apenas uma adequação ou acomodação. Trata-se antes de um processo maturacional que associa dinamicamente fatores inatamente dados com estímulos do meio, que em conjunto vão conferir estabilidade ao sujeito na sua relação consigo mesmo e com o outro social, com quem necessita

estabelecer compromissos de confiança na coerência da vida cotidiana. Nesse ponto reflete

Giddens:

Até que ponto diferentes situações culturais permitem que se alcance uma ‘fé’ na coerência da vida cotidiana pela provisão de interpretações simbólicas das questões existenciais é (...) muito importante. Mas quadros cognitivos (...) não geram essa fé sem um nível correspondente de comprometimento emocional subjacente — cujas origens, devo ressaltar, são inconscientes. *Confiança, esperança e coragem* são relevantes para esse comprometimento.

Como essa fé é alcançada em termos de desenvolvimento psicológico do homem? O que cria um sentido de *segurança ontológica que transportará o indivíduo pelas transições, crises e circunstâncias de alto risco*? A confiança no fundamento existencial da realidade num sentido emocional, e de certa forma também no cognitivo, se funda na crença na confiabilidade das pessoas, *adquiridas nas primeiras experiências da criança* (grifos meus; 2002: 41).

Giddens associa a ‘fé’ na coerência da vida cotidiana às noções de *confiança, esperança e coragem*, sentimentos responsáveis pela auto-percepção de coesão do ser ou *segurança ontológica*, que “transporta o indivíduo pelas transições, crises e circunstâncias de alto risco”. A noção de *segurança ontológica* — que este autor vincula à confiança no fundamento existencial — é adquirida nas primeiras experiências da criança de forma inconsciente e ecoa com a noção de *coragem de ser*, de Paul Tillich.

Para Tillich “A coragem de ser é o ato ético no qual o homem afirma seu próprio *ser* a despeito daqueles elementos de sua existência que entram em conflito com sua auto-afirmação essencial.” (2001: 30). Nesse sentido, podemos compreender a *coragem de ser* como os atributos psíquicos que tornam o indivíduo identificado por si mesmo e na sua relação com os outros. É, enfim, o que permite a cada um ser e querer ser ele mesmo, abdicando de outras condições por mais privilegiadas que sejam, inclusive resistindo aos fatores que atentem contra a sua estabilidade emocional. Vale ressaltar que o entendimento de coragem, como aqui é utilizada, não guarda relação direta com a noção de bravura. No sentido que aqui queremos dar, e ainda segundo Tillich, “coragem é uma realidade ética, mas se enraíza em toda a extensão da existência humana e basicamente na estrutura do próprio ser” (Id. Ib: 1).

A questão que se coloca é, então, como esses atributos são conformados no psiquismo, na mente da criança? Como se daria esse processo? Que momentos na vida seriam determinantes? Que fatores poderiam se interpor à sua adequada conformação?

A fragilidade do bebê humano chama a atenção quando comparada aos outros mamíferos. Os naturais instintos de sobrevivência, normalmente estão presentes nos seres vivos, não dão conta da sobrevivência do bebê humano nos primeiros momentos da vida. Um documentário, intitulado *África selvagem* (1993) mostra o parto de uma girafa, ocorrido em plena marcha, na savana africana. O filhote é expelido e em seguida estimulado pela mãe, com cabeçadas, para que se levante e siga com os outros animais da manada. Embaraçado e claudicante, o filhote põe-se de pé e, entre uma queda e outra, incorpora-se ao grupo. Impressiona a rapidez com que o recém-nascido assume uma posição de relativa independência.

Esse tipo de amadurecimento precoce verifica-se em quase todo o reino animal, com maior ou menor rapidez, mas nada comparado com o lento processo de amadurecimento humano. O recém-nascido humano nasce desprovido da coordenação motora e força muscular que lhe permitam, por seus próprios meios, buscar o seio materno ou outra fonte qualquer de alimento. Abandonado à sua própria sorte, seu destino seria muito provavelmente a morte.

A necessária assistência ao bebê estaria na base do seu desenvolvimento social? É possível que a fragilidade neuro-motora do recém-nascido seja parte do processo geral de socialização engendrado ao longo do nosso processo evolutivo e consolidado pelas culturas nas quais nascemos e nos desenvolvemos. Nessa perspectiva, a dependência física em relação ao outro-cuidador seria a expressão da dependência que também teríamos do outro como partícipe do processo de formação do aparelho mental e da vida como um todo.

Mas esse processo interativo, verificado entre a criança e o meio, não se inicia apenas após o nascimento. No meu exercício profissional, tendo acompanhado várias gravidezes e partos, permito-me deduzir que uma criança *nasce*, enquanto *ser* óptico e social, antes do parto. Quando uma mulher engravida, o entorno engravida com ela. A postura da comunidade, os comentários que se fazem acerca da gravidez, denunciam este fato. Se for

uma moça jovem, dir-se-á, por exemplo, que é uma criança tendo outra; se for uma mulher de maior idade, que é muito tarde para engravidar. Se for uma primípara, se comentarão sobre as dores ou as delícias da gravidez; se uma mãe de muitos filhos, que mais um não fará diferença. Se o filho é desejado, haverá festas; em caso contrário, dir-se-ão palavras encorajadoras ou se fará um silêncio eloqüente. Haverá cobranças, avisos e conselhos acerca de comidas e/ou atitudes recomendáveis ou não; ‘simpatias’ para se antever o sexo da criança, mesmo com a revelação supostamente inequívoca da ultrassonografia; certeza, porém, que não diz do desejo maior da mãe: fazer-se a si e ao seu concepto centro das atenções. O que algumas vezes pressupõe falar do feto, em todos os sentidos. Afinal, quem não sabe ‘que barriga pontuda é menino e barriga plana, menina’?

Em qualquer situação e de alguma maneira, a comunidade encontra formas de participar da gravidez, de envolver-se com ela. Ocorre um processo de captura da gestação pelo meio social-cultural. Isso resiste mesmo à medicalização da gravidez, o que por sua vez não deixa de ser também uma apropriação do processo gestacional por parte da cultura, ou de uma sub-cultura — no caso a cultura medico-tecnista — . Ou seja, mesmo lançando mão dos recursos disponibilizados pela ciência médica, uma gestação continua envolta numa aura de mistério. É algo encantador presenciar uma mãe ouvindo pela primeira vez o *bater do coração* de seu filho, mesmo que eventualmente ela já tenha *visto* isso acontecer através de ultrassonografias. Acredito que o enlevo provocado pela audição do batimento cardíaco deve-se ao fato de que no imaginário de todos nós *coração é algo que bate*. Por isso mesmo importa mais que se *ouça bater* do que se *veja bater*. O mesmo encantamento pode tomar conta de outras pessoas da família presentes à consulta. Não se pode negar também o desespero por vezes gerado diante da constatação de uma gravidez indesejada, o que reafirma o dito acerca da condição de existência do novo ser mesmo antes do seu nascimento físico.

A mãe, por sua vez, passará por um processo que a transformará em todos os sentidos. Arredondará as suas formas, modificará a sua composição hormonal, sua pele, seu metabolismo, seu humor e sua relação com as outras pessoas. A protuberância física que se projeta para o mundo manifesta, no plano material, o anúncio que o novo ser faz da sua

existência. Uma gravidez constitui, nessa perspectiva, um fenômeno orgânico, psicológico, comunitário, social e, fundamentalmente, cultural.

Por outro lado, o avanço verificado nos métodos diagnósticos por imagem permite-nos literalmente ver e conviver com a criança no interior do útero e flagrá-la em gestos bem sugestivos de um processo relacional em curso: dorme, chupa o dedo e reage a estímulos variados. Altera a sua composição hormonal em vista da composição hormonal da mãe ou, ao contrário, induz alterações hormonais na mãe a partir da sua. Há atualmente entre os tocoginecologistas a convicção de que são essas transformações hormonais sofridas pelo feto (por exemplo: aumento da adrenalina fetal) que induzem o trabalho de parto, pelo aumento da ocitocina materna.

Em meu local de trabalho, que funciona como campo de estágio para estudantes da área de saúde, procuro mostrar, durante as consultas de pré-natal, que a criança em gestação, sobretudo aquelas que têm algum tempo de ‘relação’ comigo, move-se dentro da barriga da mãe em ‘busca’ do contato com a minha mão ou com a mão dos pais. Procuro ‘conversar’ com elas e estímulo pais, irmãos e outros parentes a fazerem o mesmo. Estou convencido de que esse procedimento é percebido pela criança no útero, impressão que os familiares parecem confirmar, posto que, com relativa frequência, dizem que ‘ele/ela fica agitado/a quando vem à consulta’. Por outro lado, ouço rotineiramente mães dizerem que ‘a criança na barriga sente quando o pai chega em casa’. Não discuto se a criança *sente quando vem à consulta* ou *a presença do pai* ou se *sente a sensação que a mãe lhe transmite*. Parece apenas que ela sente algo, de algum modo proveniente do meio.

Para Erikson e Dolto, o processo relacional — consubstanciado em cuidados, trocas, desejos, afetos, rejeição, tristeza, desespero e abandono — inicia-se antes do nascimento. Como veremos a seguir, esses dois autores conferem importância decisiva aos processos relacionais intra-uterinos, no tocante à vida psíquica da criança, que começa, assim, a se consolidar como *ser* antes mesmo do nascimento físico. Propugno e procurarei demonstrar, com base nos estudos de Dolto e Erikson, que o processo de formação orgânica do novo *ser*

dá-se em sintonia com seu processo mental. Ou, como tenho defendido, a conformação do ser humano é um processo *corpo-mente* imbricado e interdependente.

Capítulo 4

ERIK ERIKSON

E O CONCEITO DE *CONFIANÇA BÁSICA*

Os historiadores e os filósofos reconhecem a existência (...) de um *princípio feminino*, mas não a realidade de que os homens são gerados e criados por mulheres. Discutem princípios de educação formal, mas negligenciam o irrevogável despertar da consciência individual. Insistem permanentemente em uma miragem de progresso promissora de que a lógica masculina conduzirá à razão, à ordem e à paz, embora cada passo na direção dessa miragem (...) levam à guerra e a coisas piores.

Erik Erikson

4.1 ERIK ERIKSON: o homem e sua obra

Erik Homberger Erikson nasceu em 1902, na cidade de Frankfurt, Alemanha. Filho de uma alemã de origem judaica e de um pai de quem se sabe apenas que era alemão e que abandonou a esposa logo após o nascimento do filho. O pequeno Erik viveu apenas com a mãe, Karla Abrahamsen, até a idade de três anos, quando esta se casou com Theodor Homberger, o pediatra do garoto. Foi registrado com o nome do pai adotivo, mas adotou o sobrenome Erikson (filho de Erik), ao obter a cidadania americana. Não se sabe se uma homenagem ao seu pai — cujo nome não é conhecido — ou uma auto-homenagem.

Erikson era um típico judeu-alemão, não apenas pela sua filiação, mas porque fora criado numa comunidade judaica, porém ostentava traços fisionômicos tipicamente alemães. Na escola, padecia de um duplo preconceito: entre os garotos alemães era tratado como judeu, em vista da sua filiação; entre os judeus era tratado como alemão em vista do seu aspecto físico. Essa situação lhe causava profundo incômodo e poderia estar na raiz da sua decisão de abandonar a pequena cidade de Karlsruhe, no sul da Alemanha, onde vivia com a família, para uma *viagem de reconhecimento* por vários países da Europa, após a conclusão do segundo grau.

Optou pela carreira artística, envolvendo-se com teatro e magistério. Como professor tornou-se especialista no método Montessori de ensino. Tinha especial apreço por museus, gosto provavelmente motivado pelo seu interesse em ver o processo vital humano como um ciclo interdependente, o que acabaria por definir a linha de investigação que seguirá por toda a vida. Aos 25 anos de idade, juntou-se ao grupo de Sigmund Freud, em Viena — que na época era constituído de analistas e simpatizantes da psicanálise — pouco tempo após a publicação de *O Ego e o Id e Inibição, Sintoma e Angústia*, obras de Freud que viriam a ter grande influência sobre o seu trabalho. A aproximação fora promovida por um amigo, Peter Blos — artista como Erikson e posteriormente psicanalista — que o convidara para dar aulas de teatro em uma escola experimental dirigida por Dorothy Burlinghan e Anna Freud. O

contato com Freud e os primeiros psicanalistas despertou o seu interesse para a nascente ciência. Foi amigo e admirador de Anna Freud, com quem faria a sua *análise didática*¹⁸.

Em 1933, com a ascensão de Hitler ao poder na Alemanha, mudou-se para os EE.UU., o que também aconteceu com outros membros do núcleo psicanalista inicial. Em solo americano tornou-se um dos mais conceituados terapeutas de seu tempo. Também travou conhecimento com vários antropólogos famosos como Ruth Benedict, Margaret Mead, Gregory Bateson. “Creo que no seria exagerado decir que estos autores tuvieron tanta influencia em Erik, como la tuvo Sigmund sobre Anna Freud” (Boeree, 2002: 4). Erikson Foi Professor da Universidade de Harvard, da Universidade de Yale e em seguida da Universidade de Berkeley, onde empreendeu os estudos que culminaram com as teorias que o tornariam famoso em todo o mundo. A propósito da contribuição de Erikson para a teoria do desenvolvimento humano, assim se refere George Boeree: “Me resulta difícil pensar em outra persona, a no ser Jean Piaget, que haya desarrollado más um acercamiento a los estádios del desarrollo que Erik Erikson (2002: 3).

Erikson foi um dos mais proeminentes representantes de um ramo da psicanálise conhecido como *Psicologia do Ego*, hegemônica nos EE.UU por muitos anos. As origens da psicologia do ego remontam aos trabalhos de Freud *O Ego e o Id*, de 1923 e *Inibição, Sintoma e Angústia*, de 1926. E mais especificamente ao trabalho de Anna Freud *O Ego e os Mecanismos de Defesa*, escrito em 1936 e que viria a desempenhar grande influência sobre a visão de Erikson como psicanalista. Além de Anna, Heinz Hartmann — o precursor desse ramo psicanalítico nos EE.UU — também influenciou fortemente a vida e a obra de Erikson.

A respeito da Psicologia do Ego e sua influência sobre a psicanálise americana, menciono texto de Robert S. Wallerstein publicado em *The Journal of the American Psychoanalytic Association (JAPA)*:

A Psicologia do Ego floresceu na América no período pós 2ª Guerra Mundial com Hartmann e seus muitos colaboradores, e por mais de duas décadas manteve uma hegemonia monolítica na Psicanálise americana. Dentro desses parâmetros, as concepções das psicoterapias psicanalíticas se

¹⁸A análise a que se submete o pretendente ao exercício da profissão de psicanalista. Constitui a viga mestra da formação. Segundo Freud somente pelo conhecimento do próprio inconsciente, obtido em análise, se poderia chegar à prática da psicanálise, na condição de analista.

desenvolveram como modificações específicas da técnica psicanalítica dirigidas às necessidades clínicas do espectro de pacientes não permeáveis pela Psicanálise propriamente dita. (JAPA, 2002).

É importante ressaltar que nem todas as correntes psicanalíticas reconhecem a Psicologia do Ego como ramo da psicanálise, o que é assumido por Wallerstein quando menciona “os pacientes não permeáveis pela *psicanálise propriamente dita*” (grifo meu). Ainda assim, seja pelo pragmatismo americano, que tende a buscar respostas mais imediatas, nem sempre possíveis através de um processo psicanalítico clássico, seja pela influência de grandes autores como Hartman — que a introduziu nos EE.UU —, Anna Freud e o próprio Erikson, a Psicologia do Ego se afirmou como *a psicanálise americana* até o advento de outras visões e de outros autores como Melanie Klein, Karen Horney e Donald Winnicott. A partir da década de 1960, o ramo ligado à Psicologia do Ego sofreu alguma retração, mas manteve — e mantém — uma grande influência, tendo em Erikson um dos seus baluartes.

Erikson é autor de uma extensa obra bibliográfica, composta por artigos e livros, alguns dos quais referenciais no seu ramo. Foi um psicanalista com forte inclinação ao cultural. Posso afirmar — com Boeree — que Erikson “ (...) está bastante más orientado hacia la sociedad y la cultura que cualquier outro freudiano, tal y como cabia esperar de una persona com sus intereses antropológicos.” (2002: 4). Pesquisador criterioso, observador atento, clínico por excelência, buscou na experiência do consultório o material do seu pensar teórico. Convidado a acompanhar o representante do Departamento de Assuntos Indígenas do EE.UU. numa viagem que objetivava “descobrir a origem da trágica apatia com que as crianças sioux aceitavam silenciosamente e depois refugavam também em silêncio muitos dos valores que lhes ensinavam”. (Erikson, 1976a: 104), empreendeu um rigoroso estudo sobre o modo de vida infantil dos índios sioux. O mesmo tipo de trabalho foi posteriormente estendido aos índios yurok, o que lhe permitiu construir uma explicação acerca do desenvolvimento humano da infância à senectude, com base nos fatores ambientais e culturais, em várias sociedades e, a partir disso, estabelecer os critérios teóricos que lhe permitiram definir *o ciclo de vida humano*, para além das diferenças circunstancialmente

dadas, o que se constitui, talvez, em sua mais importante obra teórica. Erik Erikson morreu em 1994, deixando inédita a sua última obra *O Ciclo de Vida Completo*, escrito em colaboração com a sua esposa Joan M. Erikson.

4.2 O CICLO VITAL: epigênese e desenvolvimento humano

Os estudos de Erikson sobre o desenvolvimento humano adotam o *princípio epigenético*, segundo o qual o progresso de um estágio — ou fase — do desenvolvimento está relacionado ao sucesso ou fracasso dos estágios anteriores. O *princípio epigenético* remonta a Aristóteles, que observou experimentalmente 20 ovos de galinha, abrindo-os sucessivamente, do momento da postura à eclosão para ver se neles já havia pequenas partes em miniatura que cresciam com o tempo “ou se o embrião tornava-se galinha em etapas sucessivas nas quais as diferentes partes seriam diferenciadas uma após outra (a teoria da epigênese)” (Werner, 1997: 13). As observações do filósofo grego foram estendidas, por extrapolação, a qualquer processo de desenvolvimento em que se supõe avançar-se de um estado de menor para um estado de maior complexidade. Lembro que a teoria da *epigênese* não advoga o amadurecimento de caracteres pré-formados — visão assumida pela teoria da pré-formação — atualmente desacreditada nos meios científicos; defende que o desenvolvimento de um indivíduo dá-se em graus, em que cada etapa posterior se define e se conforma a partir da etapa anterior. Assim, não pressupõe uma linha inexorável de desenvolvimento, mas uma seqüência na qual, em termos gerais, pode-se assumir que *os processos presentes se relacionam com os pregressos e futuros de forma interdependente*.

Erikson, ao utilizar-se do *princípio epigenético* — como ocorre em geral com os que o admitem — não postula uma posição de ‘tudo ou nada’; mas um *melhor momento*. Como exemplo poderíamos tomar o desenvolvimento de um embrião. Na seqüência de desenvolvimento fetal, cada órgão ou sistema tem o seu *momentum* adequado de aparecimento e desenvolvimento acelerado. O órgão continua crescendo e se especializando ao longo de toda a gestação e até mesmo após esta — como vimos com o sistema nervoso humano — mas se não surge no momento mais oportuno, fica permanentemente

comprometido. “Se um órgão surge com êxito” — diz Erikson apoiado em Stockard — “pode depois ficar aleijado ou atrofiado, mas sua natureza ou sua existência real já não podem ser destruídas pela interrupção do crescimento” (1976a: 58).

Seguindo, então, esse princípio, e com base em sua experiência clínica e nas suas viagens de estudos, Erikson estabelece oito estágios do desenvolvimento humano. A cada um deles — definido em relação a uma determinada fase ou idade — associa um *conflito* ou *crise psicossocial* e um sentimento ou *força psicossocial* que deriva da solução adequada desse conflito, como veremos a seguir:

- a) Período de bebê: que se estende, em termos de idade cronológica, do nascimento até o primeiro ano de vida. Neste estágio emerge a *esperança* como força ou virtude psicossocial do conflito entre a *confiança básica* e a *desconfiança básica*;
- b) Infância inicial ou primeira infância: compreende o segundo e o terceiro ano, no qual emerge a *vontade* como força psicossocial derivada do conflito entre *autonomia* e *vergonha/dúvida*;
- c) Idade pré-escolar ou idade do brincar: varia do terceiro ao sexto ano de vida, faz emergir o *propósito* como resultado do conflito entre *iniciativa* e *culpa*;
- d) Idade escolar: dos sete aos 12 anos. Neste estágio emerge a *competência* como resultado do conflito entre *diligência* (*indústria* no texto de 1976a) e *inferioridade*;
- e) Adolescência: compreende o período dos 13 aos 19-20 anos. Na adolescência se opõem a *identidade* e a *confusão de identidade* (ou *de papéis* segundo a edição de 1976a), de cuja antítese emerge a *fidelidade*;
- f) Adulto jovem: período que se inicia por volta dos 20 anos e se estende até por volta dos 30 anos. Os limites neste estágio não são tão precisos quanto nos estágios anteriores, o que é verdade não somente pra o *ciclo de vida* de Erikson. De um modo geral não há precisão cronológica quanto ao que se denomina ‘adulto jovem’. Em termos de conflito psicossocial se confrontam *intimidade* e *isolamento*, donde emerge como virtude ou força psicossocial o sentimento de *amor*;

- g) Idade adulta ou adulta média: compreende o período que vai dos 30-40 aos 50-60 anos, com limites ainda mais imprecisos, este estágio se caracteriza pelo confronto entre *generatividade* e *estagnação*, do qual deriva, como síntese, a noção de *cuidado*;
- h) Velhice: o último estágio¹⁹, acima dos 60 anos, o qual tem na *sabedoria* a força psicossocial que emerge do conflito entre *integridade* versus *desespero*. (Erikson, 1976a; 1976b; 1998; Boeree, 2005).

Não posso concluir a apresentação do *ciclo de vida* de Erikson sem um esclarecimento prestado pelo próprio autor acerca de uma incompreensão rotineiramente presente quando se menciona as características sintônicas — as virtudes ou forças psicossociais — e as distônicas, antagônicas a estas:

Um dos principais usos incorretos do esquema aqui apresentado é uma conotação dominante dada ao sentimento de confiança e a todos os outros sentimentos “positivos” a serem postulados, como *realizações*, adquiridas de uma vez para sempre numa determinada fase. De fato, alguns autores (...) omitem (...) todos os potenciais “negativos”, a desconfiança básica, etc., que não só permanecem como réplicas dinâmicas dos potenciais positivos durante a vida inteira, mas são igualmente necessários à vida psicossocial. Uma criança desprovida da capacidade de desconfiar seria tão incapaz de viver quanto uma que confia.

O que uma criança adquire numa determinada fase é uma certa proporção entre o positivo e o negativo, a qual, se o equilíbrio pender para o positivo, ajudá-la-á a enfrentar crises posteriores com uma predisposição para acudir às fontes de vitalidade”. (1976b: 107).

Ao apresentar o ciclo de vida humano, compreendendo os oito estágios do desenvolvimento psicossocial, tal como descritos por Erik Erikson originalmente em 1950, e posteriormente revisto e aprofundado em publicações diversas, intentei mostrar de forma sucinta a idéia básica do autor, que focalizo como um dos pontos importantes de meu estudo: a inserção da criança num ciclo de vida cujo processo de desenvolvimento segue uma lógica de dependência intergeracional e social-cultural, portanto ética. Mas o próprio Erikson reconhece, numa publicação póstuma, de 1998, que três desses estágios têm importância crucial, pois encerram as bases nas quais o processo de desenvolvimento infantil irá assentar-se: Em suas palavras:

¹⁹Um nono estágio, denominado *gerotranscendência*, foi formulado por Erik e sua esposa Joan Erikson. Apresentado por esta após a morte do marido, o nono estágio como que ‘coroa’ o ciclo de vida que segundo Joan termina mesmo com a morte.

(...) *esperança, fidelidade, cuidado* (...) afirmamos, estão entre as forças psicossociais que emergem das lutas entre as tendências sintônicas e distônicas em *três estágios cruciais da vida*: a esperança, a partir da antítese entre *confiança básica vs desconfiança básica*, no período de bebê; a fidelidade, a partir da *identidade vs. confusão de identidade*, na adolescência, e o cuidado, a partir da *generatividade vs. auto-absorção* na idade adulta. (1998: 51).

Quando apresentou o seu *ciclo de vida*, dentro do qual situou o conceito de *confiança básica*, Erikson havia concluído os seus estudos com base em vários anos de trabalho clínico na Europa, seja como psicanalista, seja como professor da Escola de Dorothy Burlinghan, bem como nos EE.UU, onde associou as funções de Professor e terapeuta. Também relevante foi a sua experiência junto aos índios sioux e yurok.

Erikson buscou compreender o universo infantil a partir de uma compreensão dos fatores subjetivos das crianças, mas em associação com o coletivo, com o meio e com a cultura onde essas crianças se desenvolviam. Para Erikson a compreensão que se procurava obter acerca dos processos mentais, sobretudo da relação saúde-doença esbarrava em alguns obstáculos. Algumas perguntas continuavam sem resposta, pelo menos sem a resposta que julgava coerente:

perguntas muito simples que são extremamente embaraçosas porque a controvérsia que continuamente suscitam conduz apenas a um permanente fracasso (...). Em psicopatologia, essas indagações se têm referido sempre à localização e à causa de um distúrbio neurótico. Tem um começo visível? Reside no corpo ou na mente, no indivíduo ou na sociedade a que ele pertence? (1976a: 19).

A discussão que o autor faz em seguida mostra o porquê da sua insatisfação com as respostas até então apresentadas. Erikson achava que as ‘novas’ respostas dadas contemplavam mais uma preocupação semântica com os vários fatores envolvidos na gênese dos problemas — psico e somático, psico e pessoal e interpessoal — do que um entendimento realmente novo. Percebia decepcionado, que as novas definições não pressupunham entendimentos novos, mas apenas velhos entendimentos apresentados sob novos conceitos:

(...) essas novas definições nada mais são do que modos diferentes de combinar conceitos distintos, como psique e soma, indivíduo e grupo. Agora dizemos “e” em vez de “ou”, mas conservamos pelo menos o pressuposto semântico de que mente é uma coisa separada do corpo, e que uma sociedade é uma “coisa” separada do indivíduo (Id. Ib.: 19).

Ainda como reflexão acerca dessa compreensão do ser humano dividido entre *corpo e mente, indivíduo e sociedade* o autor pontua que a busca incessante dos homens por uma *enfermidade* que localize e justifique os seus problemas é que deu a medicina o status de ciência e lhe conferiu prestígio. Ou seja, quando *nomeia* a medicina se apropria da realidade que o nome encerra, mas concomitantemente limita a sua compreensão na medida em que a separa do todo. Nesse sentido, a tentativa de compreender as neuroses — o *transtorno mental* da época — como enfermidades, ao invés de clarear o lugar ocupado pela neurose, tem levado a um encobrimento das enfermidades até então bem localizadas e estabelecidas. Assim é que “as afecções do coração, do estômago, parecem adquirir nova configuração quando tomadas em relação aos sintomas neuróticos, ou pelo menos a sintomas de uma perturbação central e não de uma ocorrência periférica em partes afetadas isoladas” (1976a: 20). Erikson acaba por concluir que a compreensão dos distúrbios neuróticos, inclusive nas suas inter-relações com as enfermidades somáticas, somente se fará a partir da compreensão daquilo que chama *ansiedade humana*, entendida como um processo engendrado pelas pessoas nas relações que estabelecem entre si e delas com o meio e as condições em que vivem. Concluindo esse raciocínio diz:

A esse respeito pouco (se) pode dizer que não exprima o todo — pois — o ser humano, em todas as épocas, desde o primeiro ponta-pé *in utero* até o último suspiro, está organizado em agrupamentos geográfica e historicamente coerentes: família, classe, comunidade, nação. Assim, um ser humano é em qualquer época um organismo, um ego e um membro de uma sociedade, e está envolvido nos três processos de organização (...). Parece imediatamente evidente que não há ansiedade sem tensão somática; mas também (...) que não há ansiedade individual que não reflita uma preocupação latente em relação ao grupo imediato ou ao grupo maior (Id. Ib. 20; 30).

Erikson faz ainda uma última consideração, antes de adentrar a discussão do processo de formação do psiquismo infantil/humano, ao lembrar que não se trata de desconstruir duas dicotomias — *corpo/mente, indivíduo/sociedade* — para construir uma ‘tricotomia’ *corpo/mente/social*, o que continuaria sendo uma clivagem; trata-se antes de entender os três elementos “como três aspectos do mesmo processo, isto é, a vida humana” (1976a: 32). Consistindo exatamente nessa abordagem interdependente o *preconceito* da abordagem psicanalítica, segundo a sua opinião e visão. É interessante atentar para o termo ‘preconceito’,

utilizado pelo autor, que dessa forma reconhece que a sua visão, a visão obtida a partir do seu método de estudo, é apenas mais uma, carregado dos mesmos vícios pertinentes a quaisquer processos investigativos, tendo — talvez — como única virtude especial o reconhecimento prévio dessa limitação.

Erikson inicia o seu estudo pontuando que a abordagem de crianças se diferencia qualitativamente da abordagem adulta, pois “o que na criança ainda está livre para a expressão múltipla e o aperfeiçoamento, no adulto se tem transformado em uma característica fixa” (Id. Ib.: 53). Para Erikson, uma criança não é um adulto pequeno; tem as suas especificidades. O autor presta homenagem ao gênio criativo de Freud como formulador da “primeira teoria coerente que levou em consideração de modo sistemático as tragédias e as comédias que se centralizam nos orifícios do corpo” (Erikson, 1976a: 53), segundo a qual, durante as sucessivas etapas da infância algumas zonas do corpo, dotadas ora de orifícios, ora de saliências, proporcionam satisfação especial, por serem dotadas de uma *energia que procura o prazer*, denominada *libido*. O termo, derivado do latim, tem originalmente o mesmo sentido de *vontade* ou *desejo* e não foi criado por Freud, mas adquiriu com ele uma significação nova, sobretudo por tê-lo estendido à criança, consistindo nisso, uma grande ousadia.

Freud “criou essa teoria abrindo caminho por entre a hipocrisia e a negligência artificial de sua época” (Erikson, 1976a.: 53). De fato, mostrava-se bastante ousado e corajoso assumir em plena vigência de uma moral vitoriana que a criança nascia dotada de desejos, de uma sexualidade, inicialmente associada à preservação da vida, mas que logo se dissociava da noção de necessidade, convertendo-se em satisfação gratuita, sem vinculação obrigatória com a idéia da sobrevivência. Residindo nisso — a gratuidade da sua satisfação, impulsionada apenas pelo desejo — o seu principal diferencial em relação aos demais seres vivos, propugno.

Mas Freud assumiu esta ousadia e asseverou: “a sexualidade genital madura é o produto final de um desenvolvimento sexual infantil” (Freud apud Erikson, 1976a: 53). Erikson adota esse pressuposto e dele parte. Mesmo antes do nascimento, a partir mesmo do seu primeiro pontapé *in utero*, a criança inicia um crescimento físico que se dá em íntima

relação com a mãe. Íntima, nesta acepção, diz respeito, inclusive, aos seus mecanismos de formação e conformação de órgãos. Após o nascimento, o recém-nascido “em vez das trocas químicas no ventre, passou a receber os cuidados maternos de acordo com o sistema de educação de sua sociedade” (Id. Ib.: 59). O novo ser passa a desenvolver ao invés de novos órgãos, novas habilidades, novas aquisições neuro-psíquico-motoras, como descrito por Arnold Gesell — o pediatra e psicólogo que estabeleceu os critérios para avaliação do desenvolvimento neuro-psíquico-motor de crianças (vide secção 2.3).

Esse processo de desenvolvimento — insisto — dá-se em duas vias. A sociedade, a cultura, representada pelos cuidadores, sejam eles pais, babás, irmãos mais velhos, enfim quaisquer elementos que o meio dispõe para o trabalho de preparação da criança para a vida, têm papel determinante na forma como o desenvolvimento ocorrerá. Mas a criança também influi sobre a vida dos adultos e, por extensão, da comunidade, do meio social. “Os bebês controlam e educam suas famílias tanto quanto elas o controlam. (...) e qualquer que seja a seqüência predeterminada relativa ao desenvolvimento, devem ser consideradas como uma série de ‘potencialidades para padrões variáveis de regulação mútua’” (Erikson, 1976a: 62).

4.3. MODOS PSICOSSEXUAIS E ZONAS ERÓGENAS: formas e lugares de manifestação da libido

Erik Erikson procurou, a partir da contribuição de Freud, estabelecer a sua própria linha de raciocínio para compreender o que poderíamos chamar o *percurso da pulsão*, entendida como “processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo”. (Laplanche e Pontalis, 2001: 394). Lembro ao leitor que o conceito de pulsão em psicanálise, dá margem a muita controvérsia, sobretudo quando tomado como sinônimo de *instinto*, confusão gerada em parte pelas traduções de obras freudianas feitas diretamente do inglês, que não possui — ou não adotou — um termo específico para o termo alemão *Trieb/Pulsão* (no sentido de impelir). Mas, ainda segundo Laplanche e Pontalis, Freud adota acepções distintas para os dois termos.

“Quando Freud fala de *Instinkt*, qualifica um comportamento animal fixado por hereditariedade, característico da espécie” (Id. Ib: 394).

O próprio Freud foi esculpindo o conceito de pulsão ao longo do tempo. Já em 1905, nos *Tres ensaios sobre a teoria da sexualidade*, introduz o termo, sempre mantendo o caráter dual do conceito. Inspirado, como o próprio Freud admitiu, num pensamento do filósofo alemão Schiller, segundo o qual *a fábrica do mundo era movida pela fome e pelo amor*, o criador da psicanálise defendeu a existência de duas manifestações pulsionais: *as pulsões do Eu* ou de *autoconservação*, responsáveis pelos impulsos de preservação da vida, e *as pulsões sexuais*, responsáveis pela busca da satisfação. A partir dessa idéia me parece legítimo relacionar *Instinto* com pulsões de autoconservação e *Pulsões* com pulsões sexuais, mas o Freud não fez essa associação, talvez por reservar o termo pulsão à energia humana, diferentemente do animal que ostenta apenas o instinto. Em 1915, em um ensaio intitulado *Pulsões e destinos das pulsões*, Freud reconheceu que o Eu também poderia ser *libidinizado*, mudando assim o enfoque da dualidade pulsional: *as pulsões do Eu* também seriam sexuais, no sentido de que não estariam apenas a serviço da preservação da vida. E a pulsão passa a ser definida em termos de *pulsões do Eu* e *pulsões objetais*. Nesse texto, completa o leque de componentes da pulsão que passa, assim, a ter quatro elementos: *fonte*, *objeto*, *meta* — presentes desde 1905 — e *pressão* ou *força*, assumida então como o quarto componente.

Em 1920 em *Além do princípio do prazer*, Freud promove uma revisão do conceito e, sem negar as definições anteriores, incorpora novas concepções ao apresentar a pulsão em termos de *pulsões vida* — próxima à sua primeira noção de pulsão sexual — e *pulsões de morte* — muitas vezes tomada como sinônimo de *pulsões de destruição*. Essa sua última formulação nunca chegou a ser totalmente aceita pelos seus seguidores e mesmo Freud reconhece que a noção de pulsão — como a energia ou força motriz da existência humana em sentido mais profundo — necessita de contínua reavaliação. (Laplanche e Pontalis, 2001: 394-420). Em 1932, sete anos antes de sua morte e já bastante combalido pelo câncer e pelo crescimento do movimento nazista anti-semita, Freud publica um texto intitulado *Novas*

conferências introdutórias sobre psicanálise, no qual eu encontro o que me parece ser a sua visão definitiva sobre a pulsão:

É meu intento mostrar-lhes, hoje, também a área da teoria da libido ou teoria dos instintos [pulsões], onde tem havido, igualmente numerosos desenvolvimentos recentes. Não proclamarei que nela tenhamos feito grandes avanços, (...). Não. Esta é uma região na qual estamos lutando com afinco no sentido de encontrar nosso rumo e fazer descobertas.

A teoria dos instintos [pulsões] é, por assim dizer, a nossa mitologia. Os instintos [pulsões] são entidades míticas, magníficas em sua indeterminação. (Freud, 1996c: 97-98).

Trabalhando com um conceito tão amplo e tão complexo, não tenho como não cometer imprecisões e, dessa forma, correr o natural risco de expor-me às críticas e objeções. Mas preciso do conceito para dar sentido ao que venho tentando mostrar, por isso na presente pesquisa ater-me-ei a um conceito de pulsão tal como apresentado acima, segundo Laplanche e Pontalis, e cuja gênese foi esboçada em linhas gerais no capítulo 3. Essa noção simplificada de pulsão nos habilitará para compreender os ensinamentos de Erikson, nos limites deste trabalho.

Como vimos no capítulo citado, a carga energética pulsional, definida a partir das *marcas psíquicas* guardadas no inconsciente, geradas pelo recalçamento ou em vista dos mecanismos defesa do Eu, tende a uma manifestação nunca totalmente realizada, mas em constante busca de realização, advindo dessa busca a sensação de prazer. No corpo o local por onde a pulsão se *satisfaz* são as zonas erógenas, mas como essa satisfação nunca é plena, diz-se que a pulsão *bordeja*, circula em torno das zonas erógenas, advindo desse bordejamento a sensação de *prazer parcial* que sentimos. A pulsão, nesse sentido, se satisfaz no percurso e não no atingimento da meta. E, importa ressaltar, a *satisfação* da pulsão se faz em relação ao inconsciente e não necessariamente ao corpo. O prazer, nesse sentido, é prazer do aparelho psíquico, cuja conformação e estruturação pode determinar “prazeres” em consonância ou em dissonância com o corpo onde afinal se manifesta.

A forma como esse percurso é feito pode ser variada e a representação didática que se pode fazer desse movimento é igualmente variado. Erik Erikson apresentou o seu modo particular de conceber tal fato, o que foi feito baseado no que este autor chamou de *encontros decisivos*, entendidos como situações estatisticamente significativas onde “(...) a seqüência

aproximada de etapas nas quais, de acordo com o conhecimento clínico comum, tanto a excitabilidade nervosa, como a coordenação dos órgãos erógenos e a reatividade seletiva das pessoas significativas no meio ambiente tendem a produzir encontros decisivos” (Id. Ib.: 64).

É importante ressaltar que para Erikson uma situação que definiria um *encontro decisivo* pressupõe a existência desses três elementos: *a excitabilidade nervosa, a coordenação dos órgãos erógenos e a reatividade seletiva das pessoas significativas no meio-ambiente*. E como contra-exemplo menciona uma experiência realizada por Gesell em que este autor observa uma criança colocada em frente a um espelho, cuja imagem produz na mesma uma série de reações, dentre as quais uma ereção peniana, Erikson ressalta que esse tipo de reação, embora significativa para a *história pessoal* da criança, não pode ser tomada como experiência *normativa* em termos psíquicos, posto que “em uma situação dada, pode ocorrer, pode não ocorrer” (1976a: 63). Somente a partir de um processo de análise, onde se buscaria entender o significado que esse gesto teve para o inconsciente da criança, é que se poderia definir se o gesto foi ou não significativo em termos de estruturação do aparelho psíquico. E nisso se levaria necessariamente em conta o gesto físico em si e a significação que o gesto teve diante de pessoas significativas para a criança.

Vemos que uma das condições colocadas por Erikson para que uma situação defina um *encontro decisivo* é que o gesto precisa ser significado pelas pessoas, em particular pela mãe — se se tratar de crianças pequenas — para que adquira sentido. Ou seja, *o encontro* não é um fato unicamente social, ou biológico. Tem elementos do social, do biológico, mas para caracterizar-se como *decisivo* precisa incluir um tipo *particular de reatividade das pessoas significativas* envolvidas na experiência. São esses *encontros decisivos* que servirão de base à elaboração do esquema em que Erikson mostra as *zonas e modos* de manifestação da libido infantil e, por conseguinte, dos determinantes do desenvolvimento psicossocial e psicossocial da criança:

O primeiro desses encontros sucede quando o recém-nascido, agora privado da sua simbiose com o corpo da mãe, é levado ao seio. Sua capacidade congênita e mais ou menos coordenada de incorporar pela boca encontra a capacidade mais ou menos coordenada e a intenção do seio, da mãe e da sociedade de alimentá-lo e de o acolher com satisfação (1976a: 64).

Entendo que o que vemos aqui é o gesto fundador do *ciclo do prazer-desprazer*. A criança faminta percebe a fome como *falta*. Ela não tem ainda a percepção clara de onde a sensação de fome provém. Poderíamos, numa concessão imaginativa, supor que todas as células da criança sentem fome, aqui assumida como falta de energia para o seu funcionamento adequado. A vida no sentido físico, mas também ontológico — porque não se separam — entra em declínio. Ainda como imagem é aceitável supor que as células do sistema nervoso podem até captar essa necessidade de maneira precoce, porque se sabe que nelas o metabolismo é mais intenso, pois “até os quatro anos de idade, o metabolismo do cérebro pode representar até 50% do metabolismo do corpo” (Werner, 1997: 76), mas em termos gerais a fome como *falta* provém do corpo em totalidade. Instado por esta condição a criança vai ao peito e sacia-se. A sensação de saciedade — novamente como imagem — é percebida pelas cavidades orais-nasais — num primeiro momento — porém transmitida como sensação a todo o corpo. Novamente, mas em sentido inverso, posso supor que as células do *todo-corpo* se satisfazem, devolvendo ao *corpo-ser* a sua sensação de plenitude.

A sensação de saciedade, percebida difusamente como sensação de *vida-voltando*, não tem como ser transmitida de cada célula individual a um centro processador, supostamente situado no cérebro. Até porque tal centro — mesmo suposto operante — é débil nas primeiras horas de vida. O resultado possível disso é uma sensação fantasiosa²⁰ de *estar-bem*. Mas se o cérebro não pode processar essas informações, quem ou o que produz a sensação de saciedade, traduzida como sensação de *estar-bem*? Existiria alguma ‘memória’ celular, distribuída por todo o corpo, capaz de processar isso tudo? Discutir em profundidade essa questão está fora do meu objetivo imediato, mas ofereço como suposição que essa integração é feita ao nível do aparelho psíquico da criança, este sim já habilitado, posto que o material do que é formado —sensações, imagens, sonhos²¹ — está disponível já na vida intra-útero.

²⁰ “A fantasia [nesse sentido] está na mais estreita relação com o desejo; [pois] sabe-se que para Freud o desejo tem a sua origem e o seu modelo na *vivência da satisfação*: O primeiro desejo (...) parece ter sido um investimento alucinatório da recordação da satisfação” (Laplanche e Pontalis, 2001: 172).

²¹Imagens ultrassonográficas intra-útero mostram bebês sorrindo, chupando o dedo, aparentemente vivenciando sensações. “Recentemente, descobriu-se que até os bebês no útero têm sono REM (movimento rápido dos olhos) e sonham (...)” (WIKIPEDIA, 2005).

Quando novas situações engendram as condições caracterizadas por novas sensações de *fome-falta*, novos impulsos levam à fonte do prazer. Porém, desta vez, ao invés de uma *falta*, difusamente distribuída, o psiquismo do pequeno ser busca *aquela* sensação que supôs satisfeita na vez anterior. Mas *aquela* sensação é um representante ideativo, não existe como realidade concreta. Assim, o que obtém como resposta à sua busca não é igual às suas fantasias. Instala-se o *desejo*, como aquilo que se inaugura na lacuna, na hiância entre o que de fato obteve e o que fantasiou. A criança como ser total, *corpo-mente* está, dessa forma, lançada no circuito da vida, na condição de ser desejante, que o marcará durante toda a sua existência. E até mesmo depois dela, pois a transcendência — seja artística, intelectual ou mesmo espiritual — constitui, no meu entendimento, expressão do desejo de continuar *sendo*, para além da morte, ou da vida se preferirmos.

Esse circuito envolve a fonte de satisfação *mãe-peito-leite*, que por sua vez está inserida numa realidade culturalmente dada. Isso constitui o que julgo ser a base para o *segundo encontro decisivo*, expressão que vou utilizar em relação ao que Erikson denominou *primeiro encontro decisivo*, visto acima. O segundo encontro é da mãe, como portadora da realidade *mãe-peito-leite*, com a cultura. Para Erikson, as motivações da mãe, baseadas em seu amor-doação, tem forte vinculação com a certeza de que possa ser igualmente amada pelo seu meio, “do amor-próprio que acompanha o ato de amamentar e da resposta do recém-nascido” (Erikson, 1976a: 64). Ou seja, enquanto a criança fantasia a *mãe-peito-leite* como a fonte de sua vitalidade (no sentido daquilo que lhe dá a vida), a *mãe-ser-social-inserida-numa-cultura* de alguma forma também fantasia o seu gesto como promovedor e provido de um sentido que não é, em si, real, mas sustentado na cultura na qual o conjunto *mãe-bebê* está inserido.

A fantasia da mãe de que é uma provedora, de que é uma esposa — se o for —, de que é amada, etc, é toda fundamentada numa ideação, conformada culturalmente e marcada no seu inconsciente como *representação ideativa*. O que pode ser colocado em cheque pelo simples fato do bebê chorar muito ou nascer doente, por exemplo, o que expõe essa *mãe-ser-cultural*

como faltante em relação à imagem que construiu de si mesmo como mãe. Um exemplo corriqueiro que ilustra os mecanismos simbólicos psiquicamente influenciados, envolvendo a díade mãe-bebê, é a hipogalactia verificada em situações de tensão, dores ou ansiedade por parte da mãe. A simples falta de sucção dificulta a ‘descida do leite’ (lactogênese). Nesse contexto aparecem o caldo de cana, a cerveja preta — preferencialmente obtidos em locais pouco acessíveis e em horas impróprias — que se sabe ineficazes como estimuladores da lactogênese (Murahovschi, 1994: 8-18), mas excelentes indicadores dos *cuidados* que essa mãe possa estar demandando.

Quanto ao gesto da criança — no sentido de buscar a sua satisfação — os fatores culturais têm, naturalmente um peso menor, quando se trata de uma avaliação tendo como referencial a própria criança. Não desconheço a sua condição de ser cultural, e isso foi e será ratificado ao longo de toda a discussão. Mas o bebê não sabe disso. Desse ponto de vista ele é o que Freud denominou um ‘perverso’, um ser centrado em si mesmo, cuja única razão de existir — dele e dos outros — é a satisfação do seu prazer. Para o bebê, o mundo como realidade externo não tem sentido, e sua única ‘tarefa’ de vida é buscar no “mundo” — que nesse momento inicial é a *mãe-peito-leite* — a sua satisfação. Mas esse *mundo-mãe-peito* não é percebido pela criança como apartado de si mesmo. Essa noção de separação não pode existir, ainda, porque a criança não reconhece um não-Eu, externo a ela. Certamente não reconhece também um Eu. Não há qualquer possibilidade ou necessidade dessa natureza de questionamento para que a vida se faça ou não se faça. Apenas a fome lhe comunica, difusamente, que a vida se esvai e por instinto — nesse momento instinto de preservação animal — busca o seio. Nessa busca utiliza zonas ou órgãos específicos do corpo dotadas de uma energia especial que busca o prazer, a energia libidinal (Erikson, 1976a: 64). Dentre esses órgãos ou zonas destaca-se, nesses primeiros momentos, a boca, que constitui “(...) o foco de um primeiro e geral modo de aproximação, a saber, a *incorporação*” (Erikson, 1976: 64), que se inicia na boca e depois se estende para outros focos de sensibilidade.

No percurso da pulsão — energia libidinal — a boca, como *zona erógena* ou de prazer, será bordejada pela energia pulsional, mas não ‘preenchida’ por ela, ou seja, não terá a

satisfação completa, mas sempre parcial, o que irá promover a estimulação das *marcas ideativas* no psiquismo da criança, nas próximas vezes em que as mesmas tensões exógenas aparecerem. Porém, mais relevante que essa possível associação entre estimulações externas/exógenas e as *marcas psíquicas*, é a possibilidade, frequentemente verificada, de que o psiquismo desencadeie uma estimulação a partir de suas próprias fontes internas ou fantasias.

Por essa razão, entre outras, frequentemente assisto a mães angustiadas em vista de um ‘presumível leite fraco, que não alimenta o seu filho’. Interrogada sobre as razões que lhe levam a essa conclusão, as mães — sobretudo as mais inexperientes — dizem que seus filhos choram tão logo lhes seja retirado o peito. Uma avaliação da curva estato-ponderal, ou mesmo a constatação de plenitude gástrica mostram claramente que não se trata de fome. Pelo menos não de fome de leite. O que a criança está demandando é a própria mãe, como ser portador das condições que lhe dão garantia da sua integridade, já que a criança sente a mãe como parte de si mesma. Nesse sentido, a criança pede *mais mãe* e não necessariamente *mais leite*. *Mãe* entendida aqui como aquela fantasia extremamente investida de conteúdo libidinal que, embora jamais alcançada plenamente, é buscada de forma incessante.

Nessa perspectiva fala-se de sexualidade, de prazer sexual que, no sentido psicanalítico, não está a serviço da satisfação de uma necessidade orgânica, mas na busca da satisfação de uma fantasia, por isso mesmo jamais obtido em plenitude. Por outro lado, também não pode ser reduzida à idéia de genitalidade, no sentido do contato de órgãos sexuais *stricto sensu*. Em psicanálise

Chamamos sexual a toda conduta que, partindo de uma região erógena do corpo (boca, ânus, olhos, voz, pele etc), e apoiando-se numa fantasia, proporciona um certo tipo de prazer. (...) dito prazer sexual; distinto, portanto, do prazer funcional, representado pelas necessidades orgânicas (Nasio, 1995: 33-34).

Classicamente a psicanalista divide didaticamente a sexualidade humana em duas grandes fases: uma *pré-genital*, que vigora durante a infância e outra *genital*, após a adolescência. O período correspondente à adolescência foi designado por Freud como fase de *latência*. Na infância, por sua vez, o desenvolvimento da sexualidade passa por três fases, cada uma das quais caracterizada pela forte libidinização de uma zona ou órgão vital do

corpo, que lhes confere designação. Desde Freud essas fases e as zonas em relação às quais elas são nomeadas, são a *fase oral*, *fase anal* e *fase fálica*. Cada uma dessas *zonas-fases*, entretanto, pode ser entendida como abrangendo uma região mais ampla do corpo e se envolve diretamente com alguma função do corpo com a qual guarda relação direta de dependência recíproca. Com o intuito de contemplar a região toda mais a função somática com que se relaciona, Erikson prefere falar de estágios ao invés de fases ou zonas.

Dessa forma, o autor designa a clássica fase oral por *estágio oral-respiratório e sensório*; a fase anal é denominada *estágio anal-uretral e muscular*, enquanto a fase fálica passa a se chamar *estágio infantil-genital e locomotor*. É importante mencionar que o desenvolvimento desses *estágios* — designados de *estágios psicosssexuais* — faz-se de forma epigenética e mantêm relação com os estágios do desenvolvimento *psicossocial*, já vistos quando estudamos o ciclo de vida.

Posso, então, com base no que foi dito, proceder à interligação entre o desenvolvimento psicosssexual da criança, conformado a partir do percurso da energia libidinal, referenciada aos estágios — ou zonas — erógenas, com o seu desenvolvimento psicossocial, referenciado ao meio social em que vive, e muito particularmente, aos seus cuidadores ou *provedores de atenção*, conforme expressão consagrada pela OMS.

Teríamos, assim, para os três primeiros estágios, a seguinte caracterização: Período de bebê (primeiro ano), no qual se verifica o confronto entre *confiança básica* e *desconfiança básica*, produzindo como característica sintônica a noção de *esperança*. Nesse período domina o *estágio oral-respiratório sensório*, tendo o *modo incorporativo* como modalidade psicosssexual dominante. No período da primeira infância ou infância inicial, confrontam-se *autonomia* e *vergonha/dúvida*, tendo como resultado sintônico a *vontade*. Neste período dominam o *estágio anal-uretral, muscular* e os *modos retentivo-eliminatório*. Na idade do brincar confrontam-se *iniciativa* e *culpa*, de onde resulta como síntese a noção de *propósito*. Neste período dominam o *estágio infanto-genital locomotor* e os *modos intrusivo-inclusivo*.

O quadro abaixo resume essas informações, acrescentando o que o autor chama de *raio de relações significativas*, ou seja, a constelação de pessoas que em cada período constituem os chamados cuidadores ou *provedores de atenção*:

Quadro 1. Estágios Psicosssexuais e Desenvolvimento Psicossocial Infantil

Períodos	Estágios e Modos Psicosssexuais	Crises Psicossociais	Forças ou Virtudes Básicas	Raio de Relações Significativas
Período de Bebê (0-12 meses)	Oral-Respiratório-Sensorial. Modo Incorporativo	Confiança Básica X Desconfiança Básica	Esperança	Pessoa Maternal
Infância Inicial (2-3 anos)	Anal-Uretral-Muscular. Modo Retentivo-Eliminativo.	Autonomia X Vergonha e Dúvida	Vontade	Pessoas Parentais (Pai e Mãe) ²²
Idade do Brincar (3-6 anos)	Infantil-Genital- Locomotor Modo Intrusivo-Inclusivo.	Iniciativa X Culpa	Propósito	Família Básica (Nuclear)

Fonte: Erikson, 1989: 32-33; Boeree, 2005: 6-7).

Para cada período existe um estágio ou zona erógena e uma modalidade psicosssexual dominante. Neste período considerado, os demais modos funcionam como *modos auxiliares*. Segundo Erikson:

(...), a teoria da pré-genitalidade afirma que cada uma das zonas libidinais durante o “seu” estágio é dominada tanto prazerosamente quanto intencionalmente por um modo — configurado primário — de funcionamento. A boca primariamente *incorpora*, mesmo que possa ejetar conteúdo ou fechar-se para a matéria a ser recebida. O ânus e a uretra *retêm* e *eliminam* enquanto o falo é *intrusivo* e a vagina *inclui* (1998: 35).

Em algumas situações os *modos auxiliares* “podem chegar a um ponto de quase predomínio por causa de uma falta ou perda do controle interior da regulação mútua com as fontes de alimento e de prazer oral” (Erikson, 1976a: 65). É o que ocorre, por exemplo, quando a mãe, por receio de mordida — nos casos em que já ocorreu a odontogênese — promove a retirada habitual do mamilo:

²² Alguns textos sobre Erikson e seu Ciclo de Vida colocam o *pai* nesse componente do *raio de relações significativas*. Entretanto assumo a designação *pessoas parentais*, entendidas como pai e mãe, por reconhecê-la como uma melhor tradução de *parents*, do texto original. Presumo que a tradução de *pessoas parentais* por *pai* pretenda ‘completar’ o pensamento de Erikson, situando o pai como uma figura de relevo, mas a meu ver, não reflete o pensamento do autor, pois mesmo no seu mais recente livro, de 1998, mantém o termo *parents*..

Nestes casos, o maquinismo oral, em vez de favorecer a sucção moderada, pode desenvolver prematuramente o reflexo de morder. Nosso material clínico sugere geralmente que essa situação é o modelo de uma das perturbações mais radicais nas relações interpessoais (Erikson, 1976a: 67).

O que acentuamos aqui é um exemplo da relação que existe entre o desenvolvimento psicosssexual — definido a partir dos *estágios* ou *zonas erógenas* e dos *modos* ou *modalidades psicosssexuais* — com o desenvolvimento *psicossocial* — definido a partir da relação entre a criança e o meio. Ou seja, uma perturbação ocorrida em uma *zona erógena* em vista de um comportamento da criança em relação à mãe e vice-e-versa, leva a uma perturbação no modo ou *modalidade psicosssexual*, que por sua vez, ocasiona uma ‘perturbação’ interpessoal, segundo o autor.

A compreensão do comportamento ou atitudes da criança como categorias interrelacionadas aos modos psicosssexuais constituem, no meu entendimento, a grande contribuição de Erikson para buscar um entendimento do ser humano que não seja balizado pelas dicotomias corpo-mente ou mente-sociedade, ou ainda pela tricotomia — como o autor menciona — corpo-mente-sociedade. Mas sim como partes de um complexo integrado no qual se imbricam fatores psicosssexuais e psicossociais. Por isso um gesto aparentemente físico-corporal como de amamentar pode envolver múltiplos fatores, pois englobam elementos determinantes do psiquismo dos vários atores envolvidos.

A criança suga o peito-leite, mas está em busca da sensação fantasiada no seu primeiro contato com o seio, portanto envolta num gesto que junta na mesma cena a obtenção do alimento — necessidade orgânica — e a busca da satisfação sexual — *fantasia em estreita relação com o desejo*. Neste gesto, põem-se em contato instâncias do mundo objetivo-material: *peito-leite-dentes* e instâncias do mundo psíquico: a fantasia do *peito-leite primevo*.

A mãe, por sua vez, se insere na cena com elementos igualmente materiais: os mesmos da criança; mas também com as suas fantasias sociais, igualmente assentadas em elementos pulsionais, ideativos. A quebra dessa harmonia, ou se preferirmos, a quebra da homeostase físico-psico-social tem como consequência direta uma alteração em todo o circuito pulsional; logo, as alterações ocorridas nem de longe se restringem ao âmbito do

puramente físico ou do puramente social, mas permeiam a totalidade do conjunto corporemente/psiquismo-sociedade.

Convém esclarecer que não estou supondo que tudo isso se faça unicamente por uma retirada ocasional e fortuita do mamilo em vista de uma mordida. Como Erikson pontua, trata-se de um gesto repetido, e mesmo assim, somente adquire sentido quando em relação à cultura, ao meio psicossocial no qual a díade *mãe-bebê* se insere. Para Erikson, cada cultura engendra condições de desenvolvimento, envolvendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, morais e éticos que parecem formar um todo coerente, conforme expressa: “(...) de fato, as culturas homogêneas dispõem de meios que permitem equilibrar na vida posterior os mesmos desejos, temores e raivas que provocaram na infância. Então o que é bom para a criança, (...), depende do que deve vir a ser, e onde” (1976a: 65).

Isso implica que não se deve considerar aprioristicamente bom ou ruim nenhum gesto ou comportamento, exceto quando analisado em relação à cultura e às expectativas dessa cultura. Como exemplo, posso citar, apoiado no autor, o sistema educacional — no sentido de preparação para a vida em comunidade — das duas tribos indígenas por ele analisadas. Os Sioux, tribo das pradarias norte-americanas, desenvolveram a sua sociabilidade profundamente interligada com a caça ao búfalo — fonte de alimento, de agasalho e até mesmo provedor de simbologias ético-morais (fortaleza, vigor, bravura etc) — em vista do que se compreende que a criança sioux, do sexo masculino em particular, seja educada no sentido de desenvolver traços de comportamento caracterizados pela bravura, pela intrepidez e, até mesmo, por algum grau de ‘dureza’ emocional, que seria compensada em termos morais com o ‘respeito’ ao animal abatido.

Os Yurok, habitantes da costa oeste norte-americana, na embocadura do rio do mesmo nome, viviam e se organizavam socialmente em torno da pesca do salmão. Nesse contexto, é sensato supor, e Erikson de fato o constatou, que os traços de personalidade preferidos, sejam masculinos ou femininos, tendam mais à tranqüilidade, à reflexão e à atenção, afinal não se espera de um pescador gestos intrépidos, muito menos grandes bravuras. Talvez a maior virtude, neste caso, seja a capacidade de permanecer horas a fio esperando a sua presa —

provedora simbólicas e das condições de sobrevivência para os Yurok, como o é o búfalo para os Sioux. O sistema educacional buscaria, neste contexto, outros valores e outras virtudes – tais como a resignação, a perseverança, o gesto sutil entre outros.

Ainda com relação aos Sioux e como demonstração de uma diferença comportamental justificada em vista das expectativas culturais, trago à apreciação o que Erikson observou nesta tribo quanto ao salutar hábito da amamentação. Esse povo privava os seus recém-nascidos do leite materno nos primeiros dias de vida, por julgar que o primeiro leite — o colostro — era prejudicial às crianças. A esse respeito o autor apresenta os motivos ou razões que o sistema cultural da tribo apresentava para justificar tal gesto, certamente considerado inadequado pelos padrões da cultura branca. Às mulheres índias não parecia justo permitir que o recém-nascido sofresse no esforço da busca de um leite escasso, como freqüentemente ocorre nos primeiros dias pós-parto e, além disso, ‘fraco’ — impressão presumivelmente adquirida a partir da comparação visual entre o leite maduro e o colostro. “Em vez disso, com a aprovação plena de toda a comunidade, os parentes e amigos preparavam o primeiro alimento do bebê com frutas e demais ingredientes selecionados entre os melhores disponíveis, oferecido por uma mulher igualmente especial dentro da comunidade” (Erikson, 1976: 124). Dessa forma, a primeira refeição adquiria uma conotação de *rito de iniciação*.

4.4. MODO INCORPORATIVO: sugar e morder. Pressupostos para os conceitos de *confiança e desconfiança básicas*

O processo de apreensão do mundo por parte da criança dá-se através do corpo, mais especificamente pelas *zonas erógenas* e dos *modos psicosexuais* descritos, porém isso é feito de forma mediatizada pelo psiquismo. O *encontro decisivo* entre a capacidade inata da criança de incorporar e a disposição do meio de fornecer-lhe o que deve ser incorporado garantirá a sua sobrevivência e, simultaneamente inaugurar o seu processo de humanização, na medida em que o gesto de amamentar não se restringe a um ato provedor apenas de condições materiais de subsistência, mas também está investido de toda uma significação cultural, da qual faz parte como elemento integrante.

Através da cavidade oral-nasal a criança *incorpora* o que lhe é colocado ao alcance, em particular o leite e seus odores. E também incorpora pelos olhos o que se apresenta em seu campo visual. Incorpora os sons que lhe chegam aos ouvidos. O reflexo de prensa palmar e plantar podem ser vistos como uma espécie de *incorporação* em termos musculares, enquanto o ‘reflexo de abraçar’ ou reflexo de Moro, como uma *incorporação* pelo corpo como um todo.

Essa capacidade *incorporativa* da criança está a serviço da vida, da sobrevivência, sobretudo nos primeiros meses, e se faz de forma interligada com o seu processo de construção de *marcas psíquicas*, que vão simultaneamente conformar a sua mente ou psiquismo. Ou seja: a criança nasce dotada da capacidade de incorporar, como forma de obter aquilo de que precisa para sobreviver, e enquanto incorpora alimentos, odores, imagens, sons define a sua inserção na vida. Assim, do gesto incorporativo primevo — a sucção — a criança avança *incorporando o mundo*, em sentido simbólico. E da mesma forma que fantasiou a *mãe-peito-leite*, fantasia, ou seja, cria *representações ideativas* de tudo quanto lhe é colocado ao alcance, e vai conformando, com isso, a sua ‘visão’ de mundo, que tem assento na realidade, mas é ‘passada a limpo’ no seu psiquismo.

A forma como essa realidade é ‘registrada’ no inconsciente da criança — o que representa a *sua* realidade frente ao mundo — vai depender da forma como se estabelece essa ‘comunicação’ entre a realidade e as marcas psíquicas ou representações ideativas dela. Cada criança define *representações ideativas* próprias; *marcas psíquicas* específicas, que vão defini-la como gente, como ser único, como sujeito. Como e porque cada criança conforma uma identidade ontológica é — assumo sem constrangimento — um daqueles mistérios que provavelmente nos acompanharão por toda a vida. O que posso afirmar, porém, com base na minha experiência pessoal e a partir dos estudos empreendidos, é que a forma como se dá a relação entre a criança e os seus *provedores de atenção*, sobretudo nas primeiras fases da vida, exerce grande influência nesse processo. O que veremos a seguir é a ‘mitologia’ — no sentido platônico²³ — de Erikson a respeito da questão.

²³ Mitologia, nesta acepção, é uma forma “de exposição de uma idéia ou de uma doutrina (...) voluntariamente poética e narrativa, onde a imaginação ganha asas e mistura as suas fantasias com as verdades subjacentes.” (Lalande, 2001: 689). Foi um recurso largamente utilizado por Platão, daí o adjetivo.

Enfoquei todo o *ciclo de vida*, segundo Erikson, para situar o contexto geral da produção teórica do autor. Na verdade, buscar uma compreensão da contribuição eriksoniana, a partir do entendimento de desenvolvimento psicossocial como um todo, é imprescindível para compreendermos a sua teorização, que tem como pano de fundo o desenvolvimento epigenético, o que significa a assunção de uma dependência intergeracional. Nesse sentido pressupõe-se um compromisso ético que perpassa a comunidade humana em sentido transversal — todos os seres humanos numa determinada época —, bem como vertical — os seres humanos de todas as épocas.

Mas neste momento, estou particularmente interessado no conceito eriksoniano de *confiança básica*, e por isso dirijo a minha atenção à fase pré-genital, focando especificamente o primeiro período, que o autor denomina *oral-sensorial* (1976a) ou *período de bebê* (1998), correspondente ao primeiro ano de vida, durante o qual se definem as bases para uma compreensão desse sentimento, bem como da *desconfiança básica* como seu contraponto. Estando esse processo vinculado à forma como se dá o *desenvolvimento psicosexual*, que diz respeito à criança e às suas fantasias em torno do elemento *mãe-peito-leite*, centrado nas zonas e modos erógenos; e *psicossocial*, definido a partir da forma como a mãe — ser cultural — traduz, a partir das suas próprias fantasias e desejos, as experiências vividas pelo filho. E, sobretudo, como se dá a interação entre o desenvolvimento *psicosexual* e *psicossocial* da criança.

Como visto anteriormente, o *estágio oral-respiratório-sensório* é dominado por dois *modos de incorporação*; o primeiro deles é o de *sugar*, que constitui uma característica inata da criança já detectada inclusive na vida intra-uterina.²⁴ O segundo refere-se ao ato de *morder*, incorporar mordendo. O *modo incorporativo* por sucção, para Erikson, “constitui a primeira modalidade social aprendida na vida [e mais] aprendida em relação à pessoa materna, o ‘outro primal’ do primeiro espelhamento narcísico e apego amoroso” (1998: 36).

²⁴ Através de estudos experimentais o cientista Wilder Penfield mapeou o cérebro humano, relacionando as várias partes do corpo com a área do córtex cerebral a elas relacionadas. O resultado do experimento, denominado *homúnculo de Penfield*, mostra que a área cortical correspondente à região da boca e dos lábios é proporcionalmente a maior, conforme pode ser visto no anexo 2. Essa maior inervação poderia explicar, do ponto de vista fisiológico, a tendência instintiva da criança à sucção.

Esse *modo de incorporação* inaugura a *vida relacional da criança*, lança-a no mundo das relações sociais, pois o ato de sugar compreende uma relação baseada no buscar e no receber. Inicia-se uma fase de ‘negociação’ através da qual “a mãe lhe permite desenvolver e coordenar seus meios de obter, à medida que ela desenvolve e coordena seus meios de dar”. (1976a: 67).

O gesto da amamentação carrega em si uma forte carga libidinal, que parte das *zonas erógenas* envolvidas, mas que se estende para além delas. Para conformar essa carga libidinal participam mãe e filho. Para Erikson “a boca e o mamilo parecem ser meros centros de uma aura geral de calor e mutualidade, dos quais desfrutam, e aos quais respondem com relaxação, não só esses órgãos focais, mas também ambos os organismos totais” (1976a: 67). Essa situação, porém, não é inexoravelmente verificável. Vários fatores se lhe interpõem, ora facilitando-a, ora dificultando-a. Fatores esses que podem ser de ordem pessoal — relativos à criança e à mãe — ou da ordem do ambiente, do meio social. Seja num caso, seja noutro, a quebra dessa ‘aura libidinal’ é percebido pela criança como um desequilíbrio que lhe atinge o psiquismo e pode determinar a formação de *marcas psíquicas* identificadas como más. Nessa perspectiva, a opinião de Erikson faz eco com o que disse Freud em 1920 no ensaio *Além do princípio do prazer*:

A impressão que dão é de serem perseguidas [os neuróticos e certas pessoas normais] por um destino maligno ou possuídas por algum poder ‘demoníaco’; a psicanálise, porém, sempre foi de opinião de que seu destino é, na maior parte, arranjado por elas próprias e determinado por influências infantis primitivas. (Freud, 1996b: 32).

Podemos supor, por exemplo, que a quebra disso que Erikson denominou “aura geral de calor e mutualidade” poderia, em determinadas situações, promover ao invés da geração de fantasias eróticas associadas ao prazer, levar a criança a registrar como *marcas psíquicas* associadas ao ato de mamar, imagens ideativas de não-prazer. Nesse movimento “descobrirá o seu polegar e amaldiçoará o mundo” (1976a: 68).

A mãe, por sua vez, também tem o seu circuito libidinal perturbado. Entretanto, tem como vantagem em relação ao filho a maior experiência, em vista do que poderá ressignificar o gesto. Pode não consegui-lo, mas possui — em princípio — condições para isso. Se essa

possível compreensão cognitiva vai permitir, de fato, uma ressignificação da quebra do circuito libidinal, e viabilizar uma inscrição prazerosa no inconsciente materno, é algo que cada pessoa, cada psiquismo irá determinar. De qualquer forma, esta “aura” constitui para Erikson um importante momento em termos do equilíbrio e reciprocidade prazerosa vivida por mãe e filho, e sua quebra constitui um risco potencial a tudo isso.

Erikson lembra, porém, que há métodos para remediar essa situação. “Não podemos nos dar ao luxo de negligenciar a nossa inventividade terapêutica” (Erickson, 1976: 68), referindo-se à nossa capacidade de prover condições para sanar distúrbios. Seja através de bicos artificiais, quando essa quebra for motivada por falta de leite ou por problemas mamilares, seja adotando-se outras vias de satisfação não-orais, tais como o aconchego, o toque carinhoso, que promove a *incorporação* por via sensitiva através da *zona erógena* representada pela pele, ou através de sons, de odores etc. Tudo isso, porém, não responde satisfatoriamente à necessidade de estimulação da *zona* e do *modo* dominante neste estágio, representado pela cavidade oral-nasal. Ou seja: O equilíbrio psicosssexual do qual derivará o equilíbrio psicossocial, cujas bases se assentam — nesse momento — na *zona erógena oral-nasal* e no *modo incorporativo* de sucção, só ocorrerá de forma adequada se se verificarem as condições propícias à realização desse gesto.

O corolário imediato disso é que, para o autor, somente a amamentação, realizada em condições adequadas para mãe e filho, proporcionaria as condições necessárias ao desenvolvimento saudável do aparelho psíquico infantil. Nesse momento outros *modos psicosssexuais* e outras *zonas erógenas* podem e devem ser ativadas, mas na condição de *zonas* e *modos auxiliares*. A assunção de *modos* ou formas alternativas de se promover esse encontro, bem como o privilégio de *modos* e *zonas* auxiliares, alçados à condição de dominantes, levariam a distúrbios.

Como condição adequada — faz-se mister dizer — se entende aquela capaz de proporcionar e deixar fluir “*a aura geral de calor e mutualidade, dos quais desfrutam, e aos quais respondem com relaxação, não só esses órgãos focais, mas também ambos os*

organismos totais”, como dito antes. Consistindo nisso uma primeira e imprescindível condição para que se conforme o sentimento de *confiança básica*. Mas não a única.

O segundo *modo incorporativo*, denominado *incorporativo 2*, diz respeito ao ato de morder, e ainda ocorre em relação à cavidade oral-nasal *como zona erógena*. O gesto de morder inicia-se antes da erupção dentária, e pode até mesmo ser entendido como motivado por ela. É provavelmente o incômodo causado pelo crescimento do germe dentário que leva a criança ao ato de morder ou, mais especificamente, ‘prender com as gengivas’.

Associadas ao gesto de morder/prender com as gengivas, várias outras manifestações se definem nesta fase — cronologicamente situada no segundo semestre de vida — todas vinculadas ao *modo incorporativo*. Os olhos, antes espectadores passivos, agora se convertem em órgãos perscrutadores. Buscam as cenas, os objetos, distinguem claramente áreas de interesse, mudam de foco com frequência. “Os órgãos da audição, de modo análogo, aprendem a discernir os sons significativos, a localizá-los e a guiar uma mudança adequada de posição (levantar e girar a cabeça, levantar e girar o tronco)” (Erikson, 1976a: 68). Os membros — braços/mãos e pernas — iniciam o seu processo de ‘tomar o mundo em suas mãos’, pelo menos o mundo que está ao seu alcance. Mas esse alcance já começa a se ampliar, pois nesta fase a criança pode estar iniciando o movimento de engatinhar, ou deslocar-se rolando sobre o próprio corpo. Em associação com esse modo *incorporativo 2*, desenham-se as *modalidades psicossociais* de *tomar* e *agarrar-se* às coisas.

Chamo a atenção para o imbricamento, sempre presente, entre a *modalidade psicosexual* — representada pelas zonas e modos de incorporação — e a *modalidade psicossocial*, representada pelos gestos e comportamentos sociais: investigação manual, busca ocular e auditiva do mundo, definição de um espaço ao seu redor. É um período de risco de acidentes, pelo envolvimento com objetos e situações nem sempre inofensivas. Algumas crianças já sentam, o que lhes permite adquirir um novo referencial do mundo. Poderíamos falar do início de uma sociabilidade ativa. É um momento de grandes descobertas, e também de muitas decepções, em vista das crescentes dificuldades encontradas.

Um mundo se oferece como possibilidade até então inexistente, mas simultaneamente, impõe limites à sua consecução. Neste momento, de novo a mãe exerce papel preponderante. É ela quem irá balizar os limites do possível e do impossível. Seja com os olhos, seja com a fala. São comuns, nesta fase, as manifestações verbais colocando as barreiras, estimulando conquistas. A própria criança já começa a esboçar uma fala; entende ordens simples e já é capaz de executar comandos. Nesse momento a criança é ousada, mas é igualmente desconfiada. Pode até cair da cama, mas já não pularia; adquiriu a noção de medo, que se manifesta explicitamente nos gestos de estranhamento, ainda como esboço. O mundo não é essencialmente ‘bom’ — não me oferece, afinal, tudo aquilo que demando — algum grau de desconfiança começa a se instalar.

Essa fase ou estágio tem dois momentos distintos, apesar de constituírem um só modo — *incorporativo 2* — quais sejam: no primeiro momento, os dentes ainda não irromperam, só iniciaram o seu crescimento. Porém, a partir de um certo momento, variável de criança para criança, esses dentes, antes causadores de um leve incômodo, iniciam o seu processo de erupção. Instala-se o que eu chamaria o *segundo momento* do modo incorporativo 2. Os dentes irrompendo, “furam vindo de dentro, na mesma cavidade oral que até então constituía a sede principal do prazer” (1976a: 71). Esse momento, conquanto guarde relação com o anterior, é de natureza qualitativa diferenciada. O incômodo, antes prenunciado, agora se manifesta em toda a sua intensidade. A criança manifesta uma curiosa junção de vontade de morder — para aliviar a dor e o prurido que o processo inflamatório de erupção dentária causa — com a impossibilidade de fazê-lo porque isso também provoca dor. Na prática clínica vê-se com frequência bebês tentando morder objetos e recuando ante o incômodo causado. Em consequência a criança retira o objeto da boca e balança a cabeça de forma rápida e irritada. Por vezes, arremessa o objeto para longe, de forma agressiva; o que pode ser traduzido, psicossocialmente, como um desagravo à agressão sofrida.

A criança também não pode morder tudo que gostaria. Recebe proibições, em vista do seu bem-estar — quando se trata de objeto inconveniente ao morder — ou em vista do outro social, quando o que deseja morder seja socialmente proibido, como o braço de um

amiguinho, por exemplo. Nesta fase da vida, a criança habitualmente simpática e meiga dos primeiros meses, converte-se numa pequenina irritadiça, pouco sociável, chorosa. Inicia-se um período de inapetência. A capacidade de ‘estranhar’ se manifesta em plenitude. Como elemento complicador, esse é, via de regra, o período em que costuma ocorrer o desmame, nas sociedades ocidentais modernas. Procurando ver a situação a partir dos referenciais da criança, é possível pressupor quão relevante é o conflito que se instala. Por uma razão desconhecida — para a criança — a sede privilegiada do prazer — a boca — agora se apresenta como local de dor e incômodo. Verifica-se uma total incoerência entre o que antes estava registrado no psiquismo como *representação ideativa* de prazer e os novos sentimentos que se impõem a partir da experiência dolorosa.

A criança busca ‘sentido’ para tudo isso na única âncora que ainda mantém alguma coerência entre as suas fantasias e a realidade: a mãe, o ser identificado desde o início como a fonte dessas fantasias. É sensato supor que faltando também o apoio deste elemento, o conflito se torne ainda mais intolerável. São infindáveis as formas possíveis de administração dessa situação pela criança. Cada uma, em vista de fatores variados, desenvolverá formas diferenciadas para conviver e sobreviver a isso tudo. Este é um momento crucial no desenvolvimento psicosssexual da criança, com repercussões no desenvolvimento psicossocial, da mesma magnitude. Nessa época, segundo Erikson, as noções de bom e de mau entram na vida da criança.

Nosso trabalho clínico mostra que esse momento (...) pode ser a origem de uma nociva perda de unidade, em que a raiva por causa dos dentes que mordem, a raiva contra a mãe que se afasta e a raiva motivada pela própria raiva impotente (...) conduz a uma efetiva experiência de confusão sádica e masoquista que deixa a impressão geral de que, em outro tempo, o indivíduo destruiu a própria unidade com a matriz materna. Esta primeira catástrofe na relação do indivíduo com ele mesmo e com o mundo é provavelmente a contribuição ontogenética à idéia do ‘paraíso perdido’ (...). Devemos compreender que a profundidade tanto quanto a universalidade deste tema acentuam a importância de que a unidade inicial deve ser profunda e satisfatória e de que se deve expor a criança ao inevitável “mau” (sic) na natureza humana de forma suave e tranquilizadora, e sem agravamentos evitáveis. (grifo do autor; 1976a: 70).

Por esta razão mesma, o desmame bem como outras modificações dos hábitos naturais da criança pequena devem ser conduzidas de forma a não significar para a criança a perda súbita do seio, nem a perda da presença confortadora da mãe, ou mesmo do ambiente

ao qual esteja habituada. Pois, acentua Erikson, “uma perda drástica do habitual amor materno, sem uma substituição suficiente neste momento pode levar (...) a uma aguda depressão (...) ou a um desgosto moderado, mas crônico, que pode transmitir por toda a vida um tono depressivo”.²⁵ (1976a: 71). Com a possibilidade — propugno — de vir a se constituir em algum daqueles *fatores estressores* que a OMS julga implicado na determinação de eventuais *transtornos mentais e comportamentais* que podem atingir a pessoa na infância ou em outra fase qualquer da vida.

4.5. CONFIANÇA BÁSICA: auto-identidade e coragem de ser.

Erikson defende que é da boa condução da relação entre as *motivações internas* — que poderemos chamar *pulsionais* — e o sentido que a criança aprendeu a dar a elas, a partir da relação estabelecida com a mãe — ou outro provedor — que se define a noção de *confiança básica* e/ou o sentimento contrário a isso, a *desconfiança básica*. O autor menciona explicitamente que

A primeira demonstração de confiança social da criança pequena é a facilidade de sua alimentação, a profundez de seu sono e a relaxação de seus intestinos. A experiência de uma regulação mútua de suas capacidades progressivamente mais receptivas com as técnicas maternas de dar alimento ajuda gradualmente a criança a compensar o desconforto causado pela imaturidade da homeostase com que nasceu. (...). As formas de conforto e as pessoas a elas associadas se tornam tão familiares como o corrosivo mal-estar intestinal. A primeira realização social da criança, então, é a sua voluntária disposição de deixar a mãe de lado sem demasiada ansiedade ou raiva, por ela se ter convertido em uma certeza interior, assim como em uma predizibilidade exterior. (1976a: 227).

A esse *sentimento de confiança social*, que o autor identifica como “um estado geral de confiança”, que implica que a criança aprendeu a confiar na uniformidade e continuidade dos provedores, bem como na sua capacidade de regular — ou conviver — com os seus órgãos, e, além disso, que “é capaz de se considerar digna de confiança para que os provedores não precisem ficar em guarda com receio de uma mordida” (Id. Ib.: 228), Erikson denominou *confiança básica*, que “cria na criança a base para um sentimento de

²⁵ Esse tono depressivo foi denominado por René Spitz como *depressão anaclítica*, expressão criada por ele para designar perturbações infantis que lembram as manifestações da depressão em adultos, e que aparecem em crianças privadas — total ou parcialmente — do contato com suas mães. (Spitz, 1993: 200-212).

identidade que mais tarde combinará um *sentimento de ser 'aceitável', de ser ela mesma'* (Id. Ib.: 229). Sentimento que poderemos identificar — com Giddens — como o de *coragem de ser*, tal como apresentado por Paul Tillich. (Giddens, 2001: 41-42).

O contra-ponto desse sentimento foi denominado *desconfiança básica*, e não deve ser entendido, conforme o próprio Erikson, como algo completamente negativo e indesejável. O autor chega mesmo a admitir que algum grau de desconfiança é saudável, posto que habilita a criança a enfrentar o mundo de forma realista. O não desejável é o excesso, ou como podemos dizer, a condução inadequada desses dois sentimentos.

4.5. ESPERANÇA: síntese harmônica da confiança e desconfiança básicas

Com Erikson acompanhamos o percurso da *energia pulsional* que através de zonas ou órgãos específicos do corpo da criança, define *marcas ideativas, imagens representativas* associadas ao prazer que, em conjunto, constituem uma visão possível do próprio psiquismo ou da mente da criança. Porém, nesse percurso, realizado como *modalidade psicosssexual*, — entendida como a maneira própria de cada ser efetuar a sua apreensão e registro psíquico da realidade — define-se, simultânea e imbricadamente, com as *modalidades psicossociais* que vão conformar a personalidade. Nos dois processos tomam parte fatores inatos e do meio, dentre os quais destaca-se, nesses primeiros meses da vida, a mãe, o *outro* de cuja homeostase a criança participou desde os primórdios da vida, numa relação que envolvia ritmos, humores, emoções e partilha orgânica.

Aceita-se sem questionamentos que a mãe fornece proteínas, sais minerais, oxigênio, energia e tudo o mais que irá conformar a vida orgânica do novo *ser*. O que Erikson defende — coerente com uma visão não dicotômica da realidade corpo-mente — é que os processos mentais/psíquicos que constituem o *ser* conformam-se em absoluta conjunção com os processos orgânicos ou biológicos, numa relação que não é apenas de paralelismo, de dependência ou de causa-e-efeito, mas como uma *única coisa*.

Devo reconhecer que me faltam palavras para dizer dessa totalidade, posto que a linguagem — que é um produto da cultura — encontra-se atravessada pelas idéias duais com

as quais temos vivido e convivido nos últimos séculos. Por isso, no momento em que busco traduzir em palavras a idéia de simultaneidade dos processos biológicos, mentais e culturais inevitavelmente flagro-me estabelecendo uma temporalidade e/ou uma precedência entre eles. Mas a crítica de Erikson — que assumo como verdadeira — e que faz eco com as novas concepções que têm surgido como crítica da visão dicotômica da modernidade, anuncia uma nova visão do mundo, das pessoas e dos processos bio-psíquico-culturais, que passam a ser vistos como realidade *una*, como simultaneidade reciprocamente determinadas.

Nessa perspectiva, como a mãe se constitui em via através da qual se conforma o corpo físico — em relativa homeostase com o seu próprio corpo — e por acreditar no enunciado do parágrafo anterior, assumo como corolário — em acordo ao defendido por Erikson — que a mãe é o ser naturalmente habilitado à função de *provedor de atenção preferencial*, tal como o foi de subsistência orgânica, na vida intra-uterina e nos primeiros meses de vida da criança. Ou seja: na condição fetal a criança teve na mãe a sua provedora de matéria orgânica e dos demais elementos que conformaram o ente vivo gerado em seu ventre. Ente vivo *como ser total*. Ao parir, a mãe continua na condição privilegiada de fornecedora do melhor e mais adequado elemento para a continuação do desenvolvimento orgânico do filho: o leite materno. O que afirmo, em consonância com Erikson, é que também os outros elementos que entrarão na constituição do *sujeito humano* chegam à criança através da mãe, preferencialmente. Particularmente no período da primeira infância, correspondente ao primeiro ano de vida. Período no qual predominam as etapas do desenvolvimento *psicossexual* associadas à *zona oral-nasal* e os *modos incorporativos 1 e 2*. Advindo disso o papel privilegiado do elemento materno na conformação do sujeito saudável, pois nesse período se geram na criança “as fontes do ‘sentimento básico de confiança’ e do ‘sentimento básico de desconfiança’ que continuam sendo a origem autogênica da esperança primordial e da condenação por toda a vida” (1976a: 71).

Não é possível saber previamente se uma criança — na relação com o seu meio cultural — definiu em seu psiquismo as condições para equacionar, de forma sintônica os sentimentos de *confiança* e *desconfiança básicas* que lhe faculte sair desse primeiro conflito

psicossocial animado pelo sentimento de *esperança*, que irá permear toda a sua existência. Sobre uma parte dos fatores contribuintes nesse processo sequer temos ingerência — aqueles com os quais a criança nasce. A outra parte é constituída de elementos complexos com múltiplas determinações. Porém, partilho com Erikson a premissa de que a qualidade da relação estabelecida entre os *provedores de atenção*, particularmente a mãe, nas primeiras fases da vida, desempenha papel decisivo. Ou seja, para Erikson, com o que concordo:

O firme estabelecimento de padrões duráveis para a solução do conflito nuclear da confiança básica versus a desconfiança básica, (...), é a primeira tarefa do ego e, (...) uma tarefa para o cuidado materno. Mas (...) não parece depender de quantidades de alimentos oferecidos ou de demonstração de amor, mas antes da qualidade da relação materna. As mães criam em seus filhos um sentimento de confiança por meio daquele tipo de tratamento que em sua qualidade combina o cuidado sensível das necessidades individuais da criança e um firme sentimento de fidedignidade pessoal dentro do arcabouço do estilo de vida de sua cultura. Isso cria na criança a base para um sentimento de identidade (...), de ser ela mesma (...). (grifo do autor; Erickson, 1976a: 229).

Com essas palavras concluo o raciocínio. O que está em jogo no processo de formação do psiquismo infantil, naquilo que ele depende da mãe ou de outros provedores de atenção, está menos na quantidade — seja de alimentos ou até mesmo de amor, como manifestações externas de afeto — do que na qualidade das relações. Tudo isso dado em relação à cultura, porque a estabilidade do *aparelho mental/psíquico* que lhe facultará transitar com *coragem de ser* por entre as tensões da vida cotidiana, mantendo fé e confiança na coerência dos processos existenciais — de forma a manter-se estável ante os fatores estressores diversos — somente poderá ser aferida se tomada em relação ao sistema cultural em que a criança está inserida.

Capítulo 5

FRANÇOISE DOLTO

E O CONCEITO DE

IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO.

... a comunicação interpéssica produz efeitos, tenha-se consciência disso ou não, cada vez mais cedo, já na vida fetal, mas principalmente depois do nascimento, entre o bebê e seu meio...

Françoise Dolto

5.1 FRANÇOISE DOLTO: sujeito e linguagem

Françoise Murette (o sobrenome Dolto foi incorporado após o casamento com Boris Dolto, em 1942) em termos de inserção familiar, segue uma trajetória diversa de Erikson. Nasceu no seio de uma família francesa aristocrática, de linhagem militar, católica, conservadora. Dos epítetos familiares clássicos, o único com o qual não seria pertinente classificar a sua família é o de patriarcal, embora estivesse longe de um matriarcado. Aparentemente em sua família se equilibravam uma expectativa de domínio masculino com uma sistemática recusa desse papel por parte do pai, provavelmente por sentir inferiorizado em vista da linhagem nobre de sua esposa.

Em várias ocasiões, seu pai colocou-se ao seu lado em situações controversas, nunca emitindo um parecer que afrontasse a esposa, mas apoiando tacitamente Françoise em várias de suas 'loucuras' — como a de ser médica, por exemplo. Escolha que a sua mãe boicotou o quanto pôde. A medicina não seria — aos olhos de sua mãe — uma profissão para moças. Não preciso mencionar que a oposição e a revolta materna foram ainda maiores quando Françoise decidiu seguir a profissão de psicanalista.

Françoise nasceu em 1908 e foi a quarta de sete filhos. Criada sob rígido controle, dentro de uma lógica familiar severa, gostava de mencionar que até os 25 anos de idade jamais fizera uma refeição fora de casa.

Aos seis meses de vida, após a demissão de uma babá que cuidara dela desde o nascimento, Françoise entrou em profundo desânimo e contraiu pneumonia. “Foi mamãe que me salvou, conservando-me junto dela a noite inteira... apertada contra o seu peito” (Nasio, 1995: 241). O espectro da morte povoaria a vida da pequena Françoise de forma bastante intensa. Ainda na infância, aos sete anos, perdeu um tio militar por quem era ‘apaixonada’. A própria Françoise diria mais tarde que se tornara “viúva de guerra ao sete anos” (Dolto, 1989).

O episódio da morte de sua irmã Jaqueline, então com 20 anos, quando Françoise tinha 12, teve enorme relevância em sua vida. Portadora de câncer ósseo, de um certo modo o destino da moça estava selado. Mas na véspera de fazer a sua primeira comunhão, Françoise fora instada pela mãe a ‘pedir a Deus pela vida da irmã’. ‘Deus, atende sempre a um pedido

de uma garota boa, na sua primeira comunhão’ — teria dito sua mãe. A morte da irmã pesou nos ombros da pequena Françoise como uma falha imperdoável. Ou Deus não a considerara digna da graça pedida, ou o seu pedido não fora feito com a devida intensidade. Esse luto material, moral e psicológico marcou a vida da criança e da mulher. E somente pôde ser ressignificado em sua vida aos 25 anos exatamente através da psicanálise. “Eu nunca teria me tornado psicanalista sem esse luto...” (apud Nasio, 1995: 242).

Dolto tornou-se analisanda e discípula de René Laforgue, um dos fundadores do movimento psicanalista francês, que a convenceu a tornar-se psicanalista, ela que na infância desejara ser ‘médica de educação’. Em 1939 — ano da morte de Sigmund Freud — concluiu o curso de medicina, mas já envolvida com a psicanálise, intitulou a sua tese (espécie de trabalho de conclusão de curso) de *Psicanálise e Pediatria*, cuja leitura atenta talvez indique o que a pequena Françoise queria dizer ao manifestar o desejo de tornar-se ‘médica de educação’. A tese é na verdade um ‘estudo de casos’ com base numa visão médica, mas permeada de interpretações psicanalíticas. Na primeira parte — que denomina *teórica* — apresenta uma breve discussão sobre os conceitos psicanalíticos básicos. Nisso chama a atenção pela linguagem simples e direta que utiliza. Na segunda parte — que denomina *clínica* — Dolto apresenta e discute os casos clínicos por ela tratados no hospital de Bretonneau, para o qual fora contratada em 1936, ainda durante a graduação.

Ao lado de Édouard Pichon, por quem fora convidada para trabalhar como assistente de psicoterapia, no Departamento de Pediatria, dedicou-se ao atendimento de crianças com distúrbios emocionais ou psiquiátricos com manifestações orgânicas e vice-versa, e já ali inauguraria o que viria a ser a sua marca registrada: a escuta atenciosa e criteriosa do *outro-que-sofre*. Logo Dolto entenderia que parte das doenças somáticas daquelas crianças tinha assento em um transtorno psíquico e vice-versa, cuja abordagem precisaria ser buscada em procedimentos afeitos à psicanálise. O resultado dessa inquietação foi o estabelecimento de um método de investigação que revolucionou a abordagem psicanalítica *com* crianças.

Nessa época o mundo psicanalítico infantil se debatia entre as teses de Anna Freud e Melanie Klein. Dolto, alheia a esta contenda — até porque atuava em Paris, e o eixo da

discussão era Viena e Londres — foi delineando o seu método psicanalítico próprio, e afirmando-se como a grande figura da psicanálise infantil; ao tempo em que forma com Lacan “uma dupla extraordinária (...) participando juntos das mesmas cisões e fundações de novos grupos” (Dolto, 1989). A ponto de Élisabete Roudinesco — provavelmente a maior biógrafa ‘não-autorizada’ de Lacan — declarar que Françoise Dolto “(...) fue, al lado de Jacques Lacan, la segunda gran figura del freudismo francés”. [acrescentando em seguida que Dolto viria a converter-se] “(...) em la fundadora em Francia del terreno del psicoanálisis del niño” (Roudinesco, 1994: 241; 242). Roudinesco certamente não desconhece a condição de Eugénie Solkonicka como pioneira da psicanálise infantil na França. Ao apontar Dolto como a fundadora da psicanálise infantil naquele país, estava — presumo — referindo-se à sua importância no cenário psicanalítico francês e mundial, ou aludindo ao fato de que Françoise Dolto foi a primeira psicanalista que abordou a criança como sujeito portador de desejos próprios, portanto como um ser autônomo e não uma caricatura de adulto, a ponto de instituir “o pagamento simbólico: ela pede à própria criança para trazer uma pedra, uma moedinha, um brinquedo, como prova de seu interesse em continuar o seu tratamento, como um adulto paga a sua sessão” (Colonel & Mezamat, 1983b).

Em 1969 apresentou — sem se identificar para o público — um programa de rádio — ‘*Doutor X*’ — no qual respondia, ao vivo, a perguntas de ouvintes acerca de temas variados, particularmente os de natureza psicológica, envolvendo transtornos infantis, com enfoque psicanalítico. O programa — transmitido pela rádio Europe 1 — adquiriu repercussão rapidamente e grande audiência. Em 1976 o conteúdo dessas entrevistas foi publicado em livro — *S.O.S. psychoanalyst!* — cujos direitos autorais Dolto destinou a atividades filantrópicas. Neste mesmo ano, voltou a fazer programa de rádio, agora já como a famosa Françoise Dolto. O programa veiculado pela rádio *France Inter*, teve o mesmo formato do anterior: perguntas e respostas. Intitulado *Lorsque l’enfant paraît* (Quando surge a criança), permaneceu no ar 18 meses e se converteu em um líder de audiência na França. Nesta época Dolto já não mais fazia psicanálise clínica, mas ainda ‘tinha tempo e disposição para ouvir as crianças’.

Em 1979 iniciou a sua última grande obra ao criar a ‘Maison Verte’ (Casa Verde). A Casa Verde — cujo nome deriva da cor com que fora pintada — constituiu-se em uma grande experiência com crianças, inspiradora de experiências similares em várias partes do mundo²⁶.

A respeito desta experiência Philippe Béague, dirá:

Françoise Dolto adquire a certeza de que é preciso, o mais rapidamente possível, instituir uma prevenção dos distúrbios precoces, baseada nos conhecimentos trazidos pela psicanálise. Ela põe em prática esta idéia, com algumas pessoas, inventando a *Maison Verte*.

Aparentemente, como qualquer ação de prevenção, (...) não mostra nada de espetacular, entretanto é uma invenção grandiosa. É um lugar de lazer para as crianças pequenas, com seus pais, uma espécie de jardim público com um teto onde acontecem coisas que não acontecem em nenhum jardim público das grandes cidades (Colonel e Mezamat, 1983a).

Para concluir esta breve apresentação biográfica, resta-me pontuar o universo de Dolto em relação ao universo de outro gigante da psicanálise, Lacan; de quem foi contemporânea e colega de ‘brigas e cisões institucionais’. Além de um grande respeito mútuo, houve entre Dolto e Lacan muita afinidade teórica. O primeiro contato intelectual entre os dois pode ser situado em 1936, quando Lacan apresentou perante o congresso psicanalítico de Marienbad o seu artigo *O estádio do espelho*. Na platéia, ainda como aluna de medicina, Dolto pareceu impressionada com as idéias expostas e fez detalhadas anotações, que acabaram por se constituir no único registro escrito deste artigo original, pois Lacan o destruiu — em represália ao fato de ter sido interrompido pelo presidente do congresso Ernest Jones — não permitindo que o texto fosse publicado nos anais do congresso.

Dois anos mais tarde, em 1938, ocorreria um segundo ‘encontro intelectual’ entre os dois, em torno do artigo *A família*, que segundo o próprio Lacan retoma o essencial do artigo de 36 (Lacan, 1998: 186). Porém, o ‘encontro definitivo’, aquele que selaria a afinidade ‘teórica’ entre os dois autores, aconteceu em 1953. Nesse ano Lacan publicou o artigo *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, texto que considera o escrito fundador do seu ensino. Neste artigo, Lacan — partindo da teoria lingüística de Ferdinand Saussure — apresenta as suas formulações sobre o inconsciente e a linguagem, cuja conclusão foi sumarizada no seu famoso axioma *o inconsciente é estruturado como uma linguagem* (Lacan,

²⁶ No Brasil existem algumas experiências semelhantes. Em Florianópolis, a *Casa da Colina-Espaço de Saúde e*

1998). Muito embora se faça necessário destacar que nem sempre a opinião de Lacan e Dolto sobre a concepção de linguagem sejam acordes, como veremos adiante.

Lacan tornou-se provavelmente o maior teórico da psicanálise, depois de Freud, e isso, de um certo modo embaçou parte do brilho de muitos daqueles que com ele conviveram. As pessoas em torno de Lacan ou eram convertidos em discípulos ou em adversários. Dolto foi uma das poucas exceções a essa regra. Mantiveram uma longa relação de amizade. Dolto foi uma das raras mulheres que teve acesso ao restrito grupo de amigos de Lacan, na sua quase totalidade constituído de homens. “Françoise tuvo derecho pues, (...), a la expresión de una fraternidad habitualmente reservada a los hombres. (...). Así que fue, como Jenny Aubry, una verdadera amiga.” (Roudinesco, 1994: 353).

Mas nem sempre concordaram em tudo. Dolto freqüentemente lhe fazia críticas; às vezes quanto a alguns traços pessoais de Lacan, cujo comportamento algo infantil, segundo Dolto,

servía para disimular uma especie de vacío; se havia percatado que Lacan se parecía a um niño narcisista e caprichoso al que le habia faltado, em su primera infancia, algo esencial. Por eso se dirigía a él como a los niños de su consulta. Le hablaba como a um niño no para infantilizarlo, sino par restituir al adulto demasiado infantil em que se había convertido la infancia real de la que había sido privado (Dolto apud Roudinesco, 1994: 356).

Em outras situações, porém, manifestava expressa discordância quanto a algumas posições teóricas, como ao classificar de “abusiva” a denominação lacaniana de *estádio do espelho* àquilo que para ela representava apenas uma *experiência narcísica* do espelho (Dolto, 2002a: 120-121).

As suas primeiras experiências com crianças utilizando o que chamava de *fala verdadeira*, já indicando uma ênfase na linguagem como expressão do sujeito, entendido como *sujeito de desejo*, que viria a fundamentar toda a sua construção teórica, remontam ao seu trabalho no hospital de Bretonneau, portanto bem antes da publicação do texto fundador do *lacanismo* (*Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, de 1953). Portanto, embora reconheça pontos de convergência entre os dois, creio que o posicionamento mais

conveniente acerca da relação entre Françoise Dolto e Jacques Lacan talvez seja o indicado pelo próprio Lacan: “Tu no necesitas comprender lo que yo cuento, puesto que, sin teorizar, dices lo mismo que yo” (Lacan apud Roudinesco. 1994: 354). Fica claro, na assertiva lacaniana, aquele narcisismo aluidido acima. Mas para além disso, o essencial é a idéia transmitida de que entre os dois havia semelhanças de entendimento, em muitos aspectos. E algumas divergência de fundo em outros.

Dentre as divergências mais profundas, menciono a noção de *maturação instintiva*, aceita por Dolto e rechaçada por Lacan, assim como um “(...) cierto biologismo freudiano [aceito e usado por Dolto em suas formulações e] justamente aquel cuya critica efectuaba Lacan (...)” (Id. Ib.: 355). Porém, esse mesmo Lacan que rechaçava qualquer posição que apontasse uma linha *maturacional* ou *biologicista*, diria a Dolto — após uma intervenção sua durante um congresso em Roma: “una voz divina se habia hecho escuchar por su boca” (Roudinesco, 1994: 355) Mas a fala de Dolto, que tanto impressionara Lacan, fora exatamente uma defesa eloqüente do *biologismo* e da *maturação instintiva* que ele rechaçava. Dolto, pontua Roudinesco, “Havia evocado largamente la relacion carnal del niño com la madre y subrayado que el papel del psicoanalista, (...) era comprender más allá de su language tomado del mundo de los adultos, para devolverle el language de su edad de desarrollo real.” (1994: 355). Ou seja: Lacan não poupava elogios a Dolto, mas parte do que elogiava nela estava eivado daquilo que teoricamente contestava.

Há, enfim, quem veja em Lacan, o teórico e em Dolto, a clínica. Essas duas posições certamente não seriam aceitas por nenhum deles. Lacan nunca se satisfiz com o epíteto de teórico. Teorizava, é verdade, mas com base na clínica. Por outro lado, as contribuições originais de Dolto a colocam em pé de igualdade em relação aos grandes teóricos da psicanálise, muito embora se evoque — e até mesmo se ressalte — a sua condição de clínica excepcional.

5.2 O MÉTODO E O ESTILO: ‘médica de educação’

A marca e o diferencial de Françoise Dolto na abordagem terapêutica de crianças foi o seu método, desenvolvido a partir da sua experiência clínica no hospital de Bretonneau. “As crianças difíceis, fóbicas, insones, enuréticas, desajustadas e com problemas escolares compunham a sua clientela” (Ledoux, 1991: 11). Era a época da Guerra, as condições materiais na França ocupada eram as piores possíveis. Muito pouco podia ser feito em termos convencionais, seja em termos de tratamento psiquiátrico medicamentoso — faltavam recursos — seja em termos de uma abordagem terapêutica ortodoxa. Não havia tempo nem profissionais treinados e disponíveis para atender a demanda.

Por essa razão ou mesmo pela sua vocação para ‘médica de educação’— atividade imaginada por Dolto ainda na infância — dedicou-se à atividade terapêutica com base em princípios teóricos psicanalíticos, porém utilizando-se de uma técnica muito pouco usual à época: “Uma consulta especial — uma vez por semana — agrupava as crianças anormais, retardadas, as que apresentavam distúrbios nervosos ou de caráter: consulta hoje muito conhecida dos pais e, sobretudo, dos professores (...)”. (Dolto, 1988: 131). O que se fazia nessas consultas era — em síntese — ouvir as crianças difíceis, problemáticas, desajustadas, falar com elas, e, sobretudo, deixá-las falar. Elas falavam sem amarras, sem que o profissional que lhes ouvia, partisse do pressuposto de que suas palavras eram desprovidas de sentido. Dolto escutava as crianças. Animava-lhe a certeza de que aquele indivíduo, que ali se apresentava como *em falta* — em relação ao seu potencial de corpo — escondia um sujeito de desejos, cuja plenitude como ser humano, era às vezes eclipsado pelo corpo-em-sofrimento.

Além de escutar a criança, Dolto se propõe a escutá-la em *sua língua* — “comprender más allá de su lenguaje tomado del mundo de los adultos, para devolverle el lenguaje de su edad de desarrollo real.” (Roudinesco, 1994: 355) — utilizando as mesmas palavras da criança, os mesmos referenciais culturais, as mesmas imagens que povoam o seu universo. “El método que invento consistia em rechazar la técnica de juego y de la interpretación de los dibujos em favor de una apropiación por el terapeuta del lenguaje infantil” (Id. Ib.: 352). É importante pontuar o que significava esse rechaço ao qual alude Roudinesco, pois se

sabe que Dolto utilizava largamente a técnica do desenho e da cerâmica. A diferença fundamental residia na *não interpretação*. Dolto utilizava o desenho e a cerâmica, mas perguntava à própria criança o que o seu desenho queria dizer, ou ainda, o que a criança queria dizer com o desenho, que, nessa perspectiva tinha o papel de ‘associação livre infantil’.

Freqüentemente as suas sessões psicanalíticas eram acompanhadas por observadores (alunos, médicos, psicanalistas); a todos interessava ouvir aquela mulher que *sabia conversar com crianças*. Os diálogos nem sempre eram compreendidos pela audiência; algumas vezes poderiam parecer inúteis, absurdos, sem sentido. E de fato o eram, afinal o inconsciente — que é onde Dolto pretendia chegar — não obedece a uma lógica racional, adulta. Dolto evitava uma linguagem lógica, que agredisse ou ferisse a inteligência da criança, que ainda não é lógica: “queremos falar ao seu inconsciente — que jamais é ‘lógico’ em pessoa alguma — e é por isso que empregamos a linguagem simbólica e afetiva, que é dela e a afeta diretamente”. (Dolto, 1988 132-133).

A autora reuniu 17 casos que constituíram o campo empírico de investigação que embasou a sua tese de medicina. Com isso “queria provar que o tratamento serviu para ajudar a criança a resolver com êxito o seu complexo de castração e a liquidar o seu complexo de Édipo e não em virtude de ‘uma influência pessoal sugestiva’” (grifo da autora; Id.Ib.: 131). Com esta frase final grifada, Dolto provavelmente, queria marcar uma posição de diferença em relação ao pensamento e à abordagem terapêutica de Melanie Klein, para quem “A tarefa do analista é aceder às fantasias e desejos mais profundamente recalcados e tentar fazer com que o paciente se conscientize deles” (Ledoux, 1991: 204). Esta postura encontra em Dolto forte objeção, porque, para além das diferenças teóricas, criticava em Klein a sua forte tendência à interpretação. Dolto, contrariamente, não sentia essa necessidade ou mais ainda, não via utilidade terapêutica nela. O que importava “era a comunicação de inconsciente para inconsciente” (Id. Ib.: 208) e isso não necessariamente precisava ser interpretado, ou convertido para uma linguagem consciente por uma razão simples: não é no consciente que o distúrbio se conforma, logo não havia vantagem terapêutica em se fazer aflorar para o âmbito do consciente o conteúdo inconsciente; ele precisava ser atingido enquanto inconsciente

mesmo. Daí o uso da escuta livre e das palavras afetivas e simbolicamente ‘carregadas’. Trata-se, portanto, “antes de mais nada, de um trabalho de comunicação da verdade inconsciente do sujeito. (...) Um trabalho a partir do que a criança diz (...)” (Ledoux, 1991: 152-153). A abordagem do caso Frédéric/Armand ilustra o método, como veremos.

Dolto, numa aparente contradição, costumava dizer que não havia diferença entre o tratamento psicanalítico de adultos e de crianças. “Na verdade, para a Sra Dolto, não existia psicanálise de criança. O que existia (...) era o psicanalista que praticava psicanálise *com* crianças”. (grifo do autor; Nasio, 1995: 250). A compreensão desse princípio só poderá ser alcançada se entendermos a mensagem profunda aí embutida, qual seja: crianças e adultos definem os seus traumas psíquicos — que irão dar corpo aos distúrbios — no nível inconsciente, mas o inconsciente não tem idade. Não há — a rigor — nenhuma diferença entre as fantasias de um velho e de uma criança, exceto talvez pelo conteúdo dessas fantasias; mas o material do que são constituídas é o mesmo. Nessa perspectiva, não importa a idade; importa buscar uma forma de chegar ao inconsciente.

Dolto preconiza a escuta e a fala comprometida. Nisso não se lhe pode atribuir pioneirismo. Desde Freud — após o abandono da técnica hipnótica — o escutar constituiu o método por excelência da psicanálise. Escopo presumido do método da *livre associação de idéias*, preconizada por Freud. Em Dolto, entretanto, duas coisas se avultam como importantes e, nisso, é pioneira: uma atitude no escutar caracterizada pelo respeito ao desejo do outro, mas um respeito comprometido. Para Dolto não é verdade que o psicanalista é *um ausente*, alguém que deva permanecer distante da cena traumática — entendida como a(s) experiência(s) real(is) ou fantasiada(s) do sujeito. Mas até mesmo se envolvendo emocionalmente com o drama do analisando; mas não um envolvimento externo, no sentido corretivo ou interpretador. O envolvimento que Dolto buscava era de *inconsciente para inconsciente*. Para a autora, “O essencial é escutar, tentando estar sempre presente (...)” — por outro lado, — “um analista não é alguém que sabe, mas que é capaz de ouvir o outro, de se identificar, (...) com a criança ou com a mãe, para descobrir (...) o que cada um sente” (Dolto, 1990: 151; 210). É necessário haver, por parte do analista, uma disposição de escuta. É

preciso situar-se na posição do sujeito que supostamente sabe, mas que sabe não saber nada — da *verdade inconsciente* — do sujeito. Nesse sentido, “ajuda o paciente a ser seu próprio analista (...) através da linguagem que esclarece o sentir e o dizer do analisando, associando-os a acontecimentos históricos vividos ou fantasiados” (Ledoux, 1991: 210). A menção ao analista como *sujeito que supostamente sabe*, faz eco com o ensino de Lacan nesse mesmo sentido (Lacan, 1985: 218-230).

Como mencionado anteriormente, Dolto costumava ‘cobrar’ da própria criança um pagamento simbólico pelas sessões. Isso, para a autora, selava o compromisso ético entre os dois — analista e analisando — e marcava uma posição de aceitação por parte da criança do trabalho que estava sendo feito. Dolto jamais aceitou que uma criança fosse submetida a uma terapia de forma enganada, bem como rechaçava os títulos carinhosos, como o de tia. Normalmente se apresentava à criança como *a doutora* ou *a médica* que iria ajudar *a senhorita* ou *o rapaz* a livrar-se da sua doença — e anunciava sem rodeios o distúrbio em questão — se a criança quisesse ser ajudada — completava. Ao longo do processo terapêutico, se a criança passasse a tratá-la por você, aí então, Dolto passava a referir-se à criança também como você.

A criança não precisa — e nem é bom que tenha — a sua privacidade invadida. Deve-se ir até onde a criança permitir. Isso cria as condições para que se estabeleça uma relação de confiança que facilite o processo de transferência e o acesso ao inconsciente: escopo final de todo o processo analítico. Esse respeito à privacidade infantil deve-se manifestar em todas as ocasiões. Dolto lembra que despir uma criança, sobretudo na frente de outras pessoas, sem que ela seja comunicada do que vai acontecer e das razões para isso, constitui violência que deve ser evitada. Bem como compungi-la a falar, com perguntas insistentes, afastá-las de seus pais ou mesmo de seus brinquedos sem uma negociação e aceitação prévias.

Juan-David Nasio, amigo e discípulo, participou de várias de suas sessões analíticas. Na condição de observador, descreveu o que chamou de “gestação do ato analítico” em

Françoise Dolto²⁷. Nasio o apresenta em quatro tempos: no primeiro tempo “ela se apoiava nos sinais observados no comportamento gestual do paciente”. Aqui observa tudo: a forma como anda, como respira, expressões faciais, brincadeiras, desenhos, os sons que emitia, as histórias que contava, a relação com amigos e familiares.

Num segundo tempo, com base no material colhido no primeiro, Dolto se comportava como se não tivesse entendido tudo. Assumia, em alguns momentos, uma posição de perplexidade e “entrava numa fase de *tateamento*”, durante o qual se comportava como se tivesse buscando entender. “Súbito, num dado momento, F. Dolto parecia *isolar-se mentalmente*, e fazer o que chamo ‘o silêncio em si’, ou seja, subtrair-se dos ecos do seu próprio eu”. Nesse estado, Dolto sintoniza o inconsciente da criança. Descobre lá no fundo “uma outra criança”, aquela do inconsciente, diferente da que está no consultório, que traz as marcas que definem o seu sofrimento atual. “Se ampliarmos a cena [diz Nasio] aparecerão outros personagens que, à maneira de uma roda fantasmática, giravam em torno da criança inconsciente”. Por que a cena traumática é normalmente povoada de coisas, lugares e pessoas.

A percepção da criança assim efetuada é, para Nasio, a percepção da “*imagem inconsciente do corpo* da criança”, que será apresentada e discutida posteriormente, mas que pode ser tomada nesse momento como o próprio inconsciente da criança. Porém, na criança psiquicamente enferma esta *imagem inconsciente* do seu corpo necessita reparos; está lá para ser consertada. E só pode ser atingida se o psicanalista põe em jogo o seu próprio inconsciente, pois como vimos anteriormente, a única comunicação verdadeira — advoga Dolto — é de *inconsciente a inconsciente*. Na técnica psicanalítica, desde Freud, isso só é possível se o psicanalista se implica no processo terapêutico, o que em última instância constitui a *relação transferencial* existente entre analista e analisando. É por essa razão — ponto — que o analista não pode se situar na condição de ausente emocional, mas envolver-se; sem que esse envolvimento, essa identificação com o sofrimento do outro, signifique “sentir pena ou piedade”, ou se sinta comprometido a resolver o problema do outro.

²⁷ O relato que segue foi feito com base no depoimento de Nasio, publicado sob o título *Um testemunho sobre a clínica de Françoise Dolto* (Nasio, 1995: 247-258). Todas as passagens mencionadas entre aspas fazem alusão ao citado texto.

Colocar o seu desejo em jogo na relação transferencial, pressupõe abrir-se à possibilidade de uma comunicação de inconsciente a inconsciente — como referido — o que justifica a necessidade da análise prévia — dita didática — do analista. O que viabiliza o estabelecimento de uma relação entre iguais: única forma eticamente justificável de situar o ‘sujeito que supostamente sabe’ ante o sujeito que supostamente não sabe. E isso fica ainda mais evidente e necessário quando se considera que o lugar do analisando — neste caso — é ocupado por uma criança.

No terceiro momento de seu processo, Dolto “ao mesmo tempo em que realizava o processo silencioso de identificação com a criança inconsciente, também podia assumir o papel de cada personagem da constelação fantasística. E tudo isso sem jamais perder o contato com a criança da sessão e com os analistas presentes”.

No quarto momento — o momento culminante do ato analítico — ocorre a *irrupção da interpretação*. É o momento em que “o analista anuncia à criança da sessão o que a criança inconsciente precisa ouvir ou dizer”. Não se trata apenas de uma interpretação comunicado ao cognitivo da criança. É preciso haver *comunicação inconsciente*. “Ela transmitia a uma — a criança da sessão — aquilo que fora beber na outra — a criança inconsciente”.

Nasio não faz nenhum esforço para ocultar o seu entusiasmo diante de Françoise Dolto. De fato a considerava uma pessoa iluminada, opinião que compartilhava com muitas outras pessoas, como pode ser atestado pelo depoimento de Élisabeth Roudinesco, para quem Dolto era

una mujer fuera de lo común [a quem atribui a invenção de] un habla inolvidable que hizo de ella una narradora popular capaz de interpretar la lengua de la infancia a la manera de un etnólogo que hubiera escogido no sólo observar los ritos de su tribu de elección, sino compartir sus alegrías y sus sofismos. (1994: 352).

Dolto não se restringiu aos limites do consultório. Aliás, o próprio consultório perdeu as suas características peculiares. As suas sessões terapêuticas freqüentemente contavam com grandes platéias. Pessoas desejosas de verem e ouvirem aquela mulher ‘que sabia falar com as crianças’. Dolto por sua vez tinha grande apreço em divulgar as suas descobertas. As inúmeras palestras que proferiu e os programas de rádio que apresentou dão testemunho disso.

Dolto sabia intuitivamente que parte do que ensinava não poderia ser feito através dos livros, porque se baseava em um tipo de comunicação na qual a fala exercia papel preponderante. E disso se deu conta Winnicott quando, na condição de presidente de uma comissão da IPA (Associação Internacional de Psicanálise), interrogara Dolto a propósito do pedido de filiação da recém-fundada Sociedade Psicanalítica de Paris — afinal negada —. Winnicott opinou que “achava interessante e inovador o seu trabalho, mas censurava-a pela transferência selvagem que ela despertava e concluiu, no final das contas, que Françoise ‘tinha intuição demais e método de menos para ser didata’” (Ledoux, 1991: 13). Com esse parecer Winnicott negou à Dolto a condição de instrutora de novos psicanalistas, no âmbito da IPA, o que não a impediu de continuar ‘ensinando’ psicanálise a várias gerações de novos analistas.

Dolto jamais se converteu numa celebridade acadêmica, mas ocupou um lugar privilegiado como grande divulgadora da cultura psicanalítica. Gostava de ‘ensinar’ como se ouvir crianças. Isso talvez explique, afinal, o que a pequena Françoise queria dizer quando, ainda criança, manifestava o desejo de ser *médica de educação*.

5.3 TUDO É LINGUAGEM: o sujeito é sujeito da linguagem

Ouvir Françoise Dolto dizer que é preciso *escutar a criança* pode nos remeter à idéia de que a autora não faria a abordagem terapêutica de um bebê, ou de uma criança cujo processo de fala pudesse estar comprometido. Mas Dolto sustentou “que a linguagem existia com ou sem as palavras” (Ledoux, 1991: 13). Tudo é linguagem — afirmaria —. Mas o seu *tudo é linguagem*, assevera Gerard Guillaud, “vem reafirmar (...) a importância e a primazia da palavra, mas até mesmo em suas incidências corporais, (...) por mais jovem que seja. É também corporalmente, carnalmente, que tudo adquire sentido no homem, tudo adquire *sentido de linguagem*”. (Dolto, 2002a: XIII). Nesse sentido a linguagem existe como expressão de vida. Onde há vida, há linguagem. Os exemplos mencionados a seguir ilustram a noção doltoniana de linguagem.

A autora fora procurada por um pai, cuja filha recém-nascida negava-se a comer desde que fora afastada de sua mãe, que permanecia internada em vista de complicações puerperais.

A criança definhava e já apresentava complicações decorrentes da falta de alimentos. Várias alternativas haviam sido buscadas, vários familiares haviam-se envolvido na tentativa de resolver o impasse. Dolto ouviu atentamente o relato e sugeriu que o pai pegasse uma roupa suja da mãe, no hospital, e a colocasse enrolada no pescoço da criança. Tomada essa providencia, o bebê iniciou um processo de recuperação das forças e logo em seguida passou a alimentar-se normalmente. Essa criança precisava — segundo a autora — ser reconhecida no cheiro da mãe. Por ter sido afastada muito precocemente da mãe, esta criança não tivera a oportunidade de reconhecer os seus odores e em reconhecendo-os, reconhecer-se. A criança precisava ser informada que “seu interior existia, e que havia nele um desejo relativo à sua necessidade”. (Colonel e Mezamat, 1983). A propósito dos odores e do seu significado humanizante voltarei a falar quando da discussão sobre a construção das *imagens do corpo*.

Um outro caso clínico que trago à apreciação é o do garoto Frédéric/Armand. Trata-se de uma criança que fora abandonado pelos pais e admitido em um orfanato — onde recebeu o nome Armand e permaneceu até a idade de 11 meses —, até ser adotado. A família que o adotou renomeou-lhe como Frédéric. Ao longo da sua infância, o garoto apresentou alguns distúrbios de desenvolvimento, vindo a apresentar sérios problemas somáticos, cognitivos, emocionais e uma acentuada hipoacusia, parcialmente corrigida através de um aparelho de surdez. Aos sete anos de vida, o garoto foi levado à Dolto em vista desses problemas. O tratamento a que foi submetido revelou-se eficaz quanto a vários desses distúrbios.

Uma certa *aparência psicótica*, que ostentava no início, desapareceu e a criança lentamente se recuperou e adaptou-se a sua faixa etária em muitos aspectos do seu desenvolvimento. Mas se mantinha incapaz de escrever, e apresentava uma renitente recusa às atividades de leitura. Frequentemente desenhava o que parecia a letra ‘A’ em todos os lugares. Perguntado por Dolto, durante uma sessão, se se tratava de um ‘A’, respondeu afirmativamente, pronunciando a resposta ‘aspirando’, como se suspirasse, enquanto no geral falava emitindo um som expirando. Dolto certificou de que não havia na sua atual família qualquer pessoa ou coisa que pudesse ter relação com este ‘A’. Em contato com o pessoal do orfanato onde residira até os 11 meses, Dolto soube do seu primeiro nome. Isso foi

comunicado à criança, porém nenhuma alteração foi obtida em relação a sua dificuldade com leitura ou escrita. Para Dolto essa ‘interpretação’ e a conseqüente comunicação da presumível causa de seu problema não o ajudou em nada. A interpretação não traz nenhum resultado — diz a autora — numa alusão ao ato de tornar consciente ou em trazer ao nível cognitivo uma ‘verdade’ inconsciente.

Um dia a criança estava no consultório, desenhando, quando Dolto teve uma idéia: como se não se dirigisse a ninguém, ou como se chamasse alguém que não se sabe onde está, começou a chamar por Armand, mas fazendo-o como se o chamasse com uma voz ‘*sem lugar*’, com uma voz inconsciente:

Armand...! Armand...! Armand...! As testemunhas presentes à minha consulta viram-me a chamar por um Armand que eu não sabia onde estava. Eu não olhava para Frédéric. E nisso permaneci algum tempo. As pessoas presentes relatam que viram o garoto aguçar os ouvidos e se comportar como se também procurasse algo ou alguém. Também não me olhava. Em determinado momento, os nossos olhares se encontram e lhe disse: ‘Armand era o teu nome quando você foi adotado’. Houve um brilho especial em seu olhar. Houve um processo completamente inconsciente. Ele precisava ouvir esse nome, mas não chamado com a minha voz normal, mas com uma voz sem lugar, uma voz em off, chamando-o de fora da cena. Isso estabeleceu a comunicação com o inconsciente da criança, que se curou. (2002a: 35-37).

Numa outra oportunidade, Dolto menciona o caso de uma criança de 14 meses, morador de um internato que apresentava um comportamento depressivo e quase autista. Chamada a atendê-lo, ela falou à criança nos seguintes termos:

Talvez você queira morrer, não é? (...). Bem, veja só, por mim eu não o impediria de morrer, mas você sabe muito bem que, no orfanato, não vai ser possível (...); prefiro, se você quiser, que você me explique porque você quer morrer. Então, depois que tiver falado, talvez você seja capaz de viver.” (apud Ledoux, 1991: 74-75).

Esses exemplos ilustram a compreensão que a autora tem de *fala e escuta*, que diz do sujeito que se conformou no inconsciente através da linguagem, uma linguagem que é tudo e que humaniza a criança. Uma fala verdadeira, com palavras que façam “sentido quando proferidas pelo amor que as tornou sensatas” (Dolto apud Id. Ib.: 75). A autora sempre defendeu a idéia de que era preciso falar com os bebês, falar-lhes a verdade. “Toda criança tem o entendimento da fala, quando quem fala com ela, fala com autenticidade querendo comunicar algo que ao seu ver é verdadeiro” (Dolto apud Id. Ib.: 75).

É essa linguagem que humaniza e acompanha a criança mesmo antes do seu nascimento e continua depois dele. Dolto imagina uma triangulação na linguagem, envolvendo a mãe, o outro da linguagem — que pode ser o pai — e a própria criança.

Esse “pai” pode ter sido a parteira (...). Sua palavra deve, pois, se manifestar pelo fazer da criança, que dessa forma sustenta sua realidade existencial, haurida nessa primeira transação da linguagem quando do seu nascimento. Eis como podemos entender que tudo é linguagem, e que a linguagem, em palavras é o que há de mais germinativo, mais fecundante, no coração e na simbólica do ser humano que acaba de nascer. Ele só pode se desenvolver num corpo (...) se estiver relacionado com uma voz (...), associada a de sua mãe. (grifo da autora; Dolto, 2002b: 20).

Perguntada especificamente sobre a possibilidade de fazer psicanálise em crianças que ainda não têm linguagem, a autora respondeu: “...elas não têm a linguagem verbal (...) mas têm uma linguagem, (..).” (Dolto, 2002b: 113). Não há sujeito sem linguagem da mesma forma que não há linguagem sem sujeito. O que precisamos levar em conta é que em cada momento histórico da vida do sujeito, a linguagem adquire uma marca preferencial, ou seja, existe uma *historificação* da linguagem. No útero a única linguagem disponível à criança são os movimentos, mas com eles se comunica.

As palavras, porém, mesmo quando proferidas para e com crianças pequenas ou bebês, ou até na vida intra-uterina, têm muita importância. Para Dolto, elas manifestam um estado emocional, uma energia que se transmite à criança e que pode existir até mesmo em silêncio. É necessário e importante falar às crianças, mas falar *palavras verdadeiras*, entendidas como aquelas que expressam uma verdade para nós. Nesse sentido, a autora defende na verdade uma postura diante da criança marcada pela coerência e compromisso ético. Para a autora

As palavras são aquelas que nos exprime a nós mesmos, de verdade, não palavras “ao seu alcance”, mas palavras do vocabulário que são claras para nós. [Por outro lado], (...) há sessões de análise que se passam em total silêncio. (...) há sessões de silêncio completo, um silêncio verbal, com uma enorme energia de comunicação”(2002b: 113). [E em seguida completa:] “É no nível de inconsciente para inconsciente. A forma de olhar é linguagem. É uma forma de linguagem intersíquica.” (Dolto, 2002b: 114).

A relação que Françoise Dolto propõe estabelecer com a criança é uma relação fundada no compromisso ético, no respeito à pessoa do outro, como sujeito. Isso vai demarcar o seu diferencial terapêutico e teórico. O outro é outro do desejo. A criança precisa ser acolhida no desejo do outro e sentir no outro acolhimento ao seu próprio desejo. No feto o

desejo se articula com o desejo de *vir-a-ser*, ou seja: com o desejo de incorporar matéria e tornar-se vivente. Na criança pequena o desejo é essencialmente o *desejo de ser*. É, antes de saber, porque foi fundado no desejo que se articula na linguagem. Torna-se *ser* numa relação social permeada pela linguagem. “O ser humano é um ser de ‘filiação lingüística’, um ser de linguagem, pertencente a uma linhagem. Inscreve-se num mundo transgeracional”. (grifo do autor; Nasio, 1995: 208). Não existe outro, que não seja outro da linguagem.

Nessa perspectiva poderíamos inferir que há alguma ligação entre as teses de Dolto e aquelas defendidas por Jacques Lacan, conforme vimos no início deste capítulo. Mas as convergências param aí, até porque para Lacan “o homem é escravo da linguagem” e, por outro lado, “a linguagem preexiste ao sujeito” (Ledoux, 1991: 217; 220), *a linguagem o tem*; enquanto para Dolto, o homem é *dotado de linguagem*. Não prescinde dela, na verdade afirma-se como sujeito por ela — que de certa forma o humaniza — mas ainda assim, “nunca é completamente um brinquedo, mas tem um desejo próprio que manifesta desde muito cedo” (Id. Ib.: 217). Por ter um desejo próprio é *sujeito*. Em Dolto poderemos *dizer sujeito da linguagem*; Em Lacan, *sujeito na linguagem*.

São diferenças semânticas sutis, porém revelam diferenças conceituais profundas. O sujeito de Lacan é causado — passa a existir — a partir de duas operações: *alienação* e *separação*. Pela *alienação* o sujeito entra no campo do outro, representado pela linguagem. Isto é, se inscreve no campo do outro, o que equivale a dizer, se aliena à linguagem. Por um lado precisa disso para se humanizar, para não se perder numa existência egóica, petrificada. Mas se permanecer alienado, perde a sua identidade. Por isso vem a segunda operação que lhe causa, que faz existir o sujeito: a *separação*, através da qual o sujeito *nasce como sujeito* propriamente dito. Por esta operação o sujeito busca um lugar onde identifica uma falta no outro, para onde o sujeito acorre na ilusão de que possui aquilo que falta ao outro.

Mas isso que falta ao outro para ser completo não está, segundo Lacan, em nenhum lugar. Por isso quando o sujeito se apresenta como um obturador da falta do outro, na verdade intenta obter uma falta com outra falta. Nessa perspectiva lacaniana o desejo é o desejo de obter o furo/falta no outro, mas obturá-lo com um *não-ser*, porque o sujeito não tem, de

fato, o que falta ao outro, embora suponha ter, e em vista dessa suposição se apresenta como obturador. Como consequência, desse encontro de duas faltas se supõe estar preenchido o lugar do sujeito. Por essa razão — diz Lacan — o *sujeito é barrado/dividido*, é um *falta-ser*. É, enfim, desprovido daquilo que diga respeito de si. Dolto jamais aceitou essa condição de sujeito em Lacan. “Para Lacan” [dizia ela] “o sujeito é um furo: ele tinha medo desse abismo, (...). Agarrava-se às bordas” (Dolto, 1990: 127).

O sujeito doltoniano também depende do outro. É o outro que o centra e lhe dá sentido, é através do outro que exerce a sua função simbólica. Mas não é barrado, não é um furo. Adquire consistência no desejo de *vir-a-ser*. Para a autora, enfim,

Desde os primeiros dias está ligado à mãe pelo olfato e pela voz, que lhe permitem encontrar-se. É o outro que é o detentor da identidade do sujeito, pois é através do outro, isto é da mãe-nutriz, que o bebê reconhece e se conhece (...). Sem o outro a função simbólica da criança se exerceria no vazio, já que é exatamente o outro que dá sentido ao experimentado e ao percebido: o outro humaniza. (Dolto apud Nasio, 1995: 212).

E nisso reside a fundamental diferença entre os dois. Lacan encontrava ‘o furo’ no lugar em que procurava o sujeito. Françoise Dolto identificava o sujeito como ‘o desejo de viver’, nesse sentido, ancorado na *transcendência* como sua substância maior.

Uma certa identificação conceitual poderia ser presumida entre Dolto e Lacan, tendo em vista sobretudo a famosa afirmação de Lacan de que Dolto, mesmo sem teorizar, fazia o mesmo que ele. O ponto de partida pode ser semelhante, mas os pontos de chegada são díspares. Em Lacan, desde o início, o fundamento colocado é o da impossibilidade de obturação do furo; enquanto em Dolto a relação visceral, construída “através das referências carnis e pela comunicação da linguagem” (Id. Ib: 212) permite à criança antever uma possibilidade real de obturação do furo. A diferença, a meu ver, é que enquanto uma visão — a lacaniana — lança o sujeito humano numa existência desprovida de sentido e radicalmente niilista, a visão doltoniana permite a construção de um sentimento configurado nos termos da *coragem de ser*, como enunciado por Paul Tillich (2001: 3).

5.4 ANTECEDENTES DA IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO: o desejo dos pais sustentado na linguagem

Para Dolto, desde a concepção o feto inicia a sua vida de relações. Na verdade até mesmo antes dela. Pois a concepção deve ser vista como parte da história de vida da criança. “O investimento narcísico da criança deve ser entendido como uma herança do excedente energético e emocional do encontro simbólico de duas pessoas (...) que trocam uma libido na conjunção genital, na concepção do filho” (Ledoux, 1991: 110).

As impressões emocionais vividas pela mãe deixam marcas no corpo e no psiquismo da criança. Dolto admite a hipótese do aparecimento de um distúrbio orgânico na criança em gestação em vista de uma perturbação emocional materna. “Assim, uma criança pode ficar surda ou muda por sua mãe ter vivido um drama na época em que se construíram os aparelhos da linguagem e da fala” (Ledoux, 1991: 110.) Por outro lado, a maneira como o bebê é acolhido no ventre da mãe tem efeitos inibitórios ou promovedores. Desde o útero — advoga Dolto — a criança conforma um corpo-mente, imerso na linguagem. “O sujeito ganha corpo (...) apoiado nas emoções de seu círculo mais imediato, através de trocas substanciais e sutis” (Dolto apud Nasio, 1995: 220).

As *trocias substanciais* — alimentos, água, sais minerais, oxigênio etc — dizem respeito ao mundo das necessidades, da materialidade dos alimentos e dos excrementos, vinculada às quais se define o *esquema corporal*, que chamaremos neste primeiro momento de corpo físico. Enquanto as *trocias sutis* dizem respeito aos vínculos emocionais e afetivos que se estabelecem entre a criança e a mãe; dizem respeito à comunicação, ao desejo, ao olfato, à audição e à visão. Estão em relação ao que Dolto denomina *imagem do corpo*, conformada inconscientemente e que especifica cada um. Tem a ver com a sua história, com a sua identidade específica. “É a encarnação simbólica do sujeito desejante” (Dolto, 2002: contra-capa).

Após o nascimento, essa comunicação continua, assim como continua o trabalho de formação do sujeito. O sentir da mãe, a sua alegria ou tristeza impregnam a vida do bebê. Ao nascer, “as projeções e sentimentos parentais são acolhidos pelo recém-nascido e marcam o

seu narcisismo” (Dolto apud Nasio, 1995: 110). A autora estabelece uma relação entre que chama de *imagem do corpo* e as zonas erógenas em referência as quais se forma, porém, “mais do que uma integração sensório-motora ou de uma elaboração psíquica a partir do fisiológico, trata-se de uma memória inconsciente da vivência relacional, de uma encarnação inconsciente do Eu em crescimento” (Id. Ib.: 84). Nesse sentido, a *imagem do corpo* aparece como mediadora das três instâncias psíquicas (Isso, Eu e Supereu).²⁸

5.5 IMAGEM INCONSCIENTE DO CORPO: suporte do *Eu*

A noção de *imagem do corpo* — designada *inconsciente* em vista dos mecanismos inconscientes implicados na sua formação — surgiu a partir da clínica doltoniana e constituiu-se no cerne de sua elaboração teórica. Não seria impróprio até mesmo considerá-la como a sua noção-chave, a base de toda a sua clínica. Em auxílio dessa posição recorro ao depoimento de Nasio, que ao descrever o percurso seguido por Dolto em seu processo analítico, propugna pela existência de uma *imagem do corpo* que, do inconsciente, fala à criança da sessão. Para Dolto a *imagem inconsciente do corpo* está próxima à noção de Isso/Id, mas um Isso/Id relacional, isto é vinculado ao narcisismo primordial que tem vinculação com o desejo dos pais, antes do nascimento e também com a constituição e estruturação do Eu, após o nascimento e, nesse sentido, já mediado pelas injunções do Supereu, cuja principal fonte alimentadora inicial é a própria mãe castradora, como veremos ao discutirmos as castrações simbólicas. Assim, posso dizer que o inconsciente da criança, aqui tomado como o psiquismo ou vida mental estrutura-se, segundo a autora, como *imagem inconsciente do corpo*.

O conceito foi sendo esculpido ao longo de mais de 25 anos, e certamente continuará sendo atualizado e aperfeiçoado, como sói acontecer na psicanálise e na ciência em geral. O primeiro artigo sobre o tema foi publicado em 1957, nele a autora esboça o que veio a tomar

²⁸ Conceitos psicanalíticos — tais como os utilizados nesta dissertação — podem não gozar de consenso até mesmo entre psicanalistas de escolas diferentes. Por isso, quando os utilizar, procurarei defini-los previamente, em relação ao contexto e/ou autor, quando o citado conceito demandar uma explicação para além da usual, ou quando prestar-se à confusão em vista de entendimentos diversos.

corpo e se consolidar como uma teoria completa somente em 1984, com a publicação do livro *A imagem inconsciente do corpo* (2002b). Dolto lembra que a *imagem inconsciente do corpo, encarnação simbólica do sujeito desejante*, deve ser compreendida como diferente do *esquema corporal*. Pois, enquanto este diz respeito ao indivíduo como representante da espécie, e guarda uma certa semelhança geral com todos os *esquemas corporais* dos demais seres humanos — nesse sentido não sendo suficiente para dar substância e individualidade ao sujeito —, “a imagem inconsciente do corpo é específica de cada um: ela está ligada ao sujeito e a sua história. (...), ela é eminentemente inconsciente” (2002a: *contra-capa*).

Por *esquema corporal*, então, designa-se o corpo, o conjunto das funções orgânicas e biológicas, que especifica o indivíduo enquanto ser vivo. O *esquema corporal* independe da época, do lugar e das condições em que vive, tem existência em si; a sua evolução é geneticamente definida e somente poderá ser alterado se sofrer danos à sua estrutura. O *esquema corporal* é o lugar das necessidades.

Dolto não advoga — como poderia parecer em um primeiro momento — que os dois processos: formação do *esquema corporal* — definido em vista do que chamou de *trocias substanciais* —, e *imagem do corpo* — definido a partir das *trocias sutis* — se façam de maneira estanques e independentes. A discussão que a autora faz, mostrando a íntima associação entre os dois processos, demonstra o caráter simultâneo e interdependente dos mesmos. O que Dolto quer acentuar é que são processos marcados por determinantes diferentes.

Enquanto o *esquema corporal* segue uma lógica material e mais ou menos determinada por fatores genéticos comuns — grosso modo — a todos os seres humanos, a *imagem do corpo*, diferentemente, é própria de cada indivíduo, está ligada ao sujeito e a sua história. É libidinal, ou seja, investida de desejos, forma-se pelo desejo, na relação com o outro. É nesse sentido, que Dolto a define como a *encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante*; é o lugar do desejo. “A imagem do corpo — conclui a autora — é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das *sensações erógenas* eletivas, arcaicas ou atuais”. (2002a: 14). Deve ser entendida como um

construto da criança, que a produz como referência identificatória, advindo disso, como consequência imediata, a sua vinculação e dependência da linguagem, o que equivale a dizer, da cultura, do outro. A *imagem inconsciente do corpo* constitui-se pela articulação dinâmica de três componentes: uma *imagem de base*, uma *imagem funcional* e uma *imagem erógena*, cujas conformações e articulações para a definição da *imagem do corpo* veremos em seguida.

5.5.1 Imagem de base

A *imagem de base* está relacionada ao que Dolto denomina *narcisismo primordial*²⁹. Na verdade, é fundamentalmente referida a ele e constitutiva dele. O *narcisismo primordial* pré-existe ao nascimento e mesmo à concepção da criança. Remonta aos genitores — enquanto sujeitos de desejos. A idéia da concepção da criança, mesmo que de forma inconsciente, funda-se numa ética do desejo. Uma vez concebida passa a ser depositária, herdeira simbólica dos desejos dos genitores.

A partir da concepção, esse patrimônio herdado pelos pais vai-se articular com uma nova ética, a saber: “(...) o gozo de aumentar, todos os dias, sua massa carnal” (Dolto, 2002a: 38). É uma ética adicional, vampírica, no sentido de obter, de tomar da mãe/do mundo aquilo de que precisa para se constituir e viabilizar como *ser*. Este *narcisismo primordial* — acentua Dolto — “constitui, de certa forma, uma intuição vivenciada de estar-no-mundo (...) é o que dá o sentido da identidade social simbólica”.(Id. Ibid: 39). Temos, portanto, a conformação de um ser que se inicia a partir do desejo de seus pais, que por sua vez se inserem numa ética desejante socialmente aceita e esperada; comunica-se com o meio, de forma real (adição de massa corporal a partir da placenta), e simbólica (gravidez social da mãe), e realiza-se no ato do nascimento. É importante lembrar que o desejo a que se refere a autora é o desejo simbólico presumido na ética desejante dos pais. A criança não ‘sabe’ o que aconteceu com os

²⁹ O *narcisismo* pode ser entendido como o sentimento que sustenta o desejo de existir. *Narcisismo primordial* é definido por Dolto “como o desejo de viver”, pré-existente à sua concepção. Neste sentido, está relacionado ao desejo dos pais e à ética desejante na qual foi concebido”. (2002a: 38) Em Freud distinguem-se duas concepções de narcisismo: o primário, que teria relação com o amor dos pais pelo filho, representaria “uma reprodução do narcisismo dos pais, que atribuem ao filho todas as perfeições e projetam no filho todos os sonhos a que eles mesmos tiveram de renunciar” (Nasio, 1997: 48-49); e o secundário, “que corresponde ao narcisismo do Eu” (Id.

pais em relação à sua concepção, mas incorpora a ética desejan-te cultural e simbolicamente definida, a partir da linguagem, cuja expressão corpórea, é o gozo de aumentar a sua massa — o seu corpo — a partir do que lhe é oferecido pelo meio, através da mãe.

A imagem de base é o que permite à criança sentir-se em uma ‘mesmice de ser’, ou seja, em uma continuidade narcísica ou em uma continuidade espaço-temporal que permanece e vai-se preenchendo desde o nascimento, *apesar das mutações de sua vida e dos deslocamentos impostos a seu corpo, e a despeito das provas a que ele é levado a submeter-se. É dessa mesmice, intensa ou tenuemente perene, que vem a noção de existência, o sentimento de existir de um ser humano...*” (grifos meus. 2002a: 38).

Aqui se insere a importância do nome da criança; nomear constitui uma espécie de certificado de *perenidade existencial*. Podemos dizer que o ato de dar nome a uma criança é o primeiro ato social-cultural de separação, o correspondente simbólico da secção do cordão umbilical; o recém-nascido é *outro*. A autora alerta, pois, para a inconveniência dos apelidos e das trocas do nome da criança por formas nominais “carinhosas” como fofinho, docinho, bebê, etc. Existem muitos “fofinhos” e “bebês” no ambiente e este nome não designa o sujeito, não o qualifica como ser na relação com o outro da linguagem. Disso deriva a importância de a criança ser tratada preferencialmente pelo seu nome, sobretudo pela mãe. Ao chamá-lo pelo nome, a mãe o individualiza do todo, o seu nome é a sua marca no mundo. “Desde o nascimento, o nome — ligado ao corpo e à presença do outro — contribui de forma determinante para a estruturação das *imagens do corpo* (Dolto, 2002a: 35).

A propósito, apresento como ilustração um caso por mim conduzido, como pediatra. Trata-se de uma criança do sexo masculino, primeiro filho, nascido de parto cesareano, a termo, boa vitalidade (Apgar 8/9), com três quilos e 900 gramas, 52 centímetros. Na primeira consulta, após 20 dias de nascido, pesou quatro quilos e 400 gramas; um ganho ponderal dentro das expectativas para uma criança naquela idade. Apresentava desenvolvimento neuro-psíquico-motor dentro das expectativas (conforme os padrões de Gesell). Alimentava-se exclusivamente de leite materno.

Na segunda consulta, realizada quando a criança tinha um mês e nove dias, apresentou o peso de seis quilos, cerca de meio quilo (10%) acima do peso máximo esperado para esta

idade. A mãe, uma mulher de 25 anos, mostrava-se dedicada e cuidadosa durante a consulta e no trato com a criança. Fazia-se acompanhar do pai da criança, o que, aliás, ocorrera durante todo o pré-natal, também realizado sob os meus cuidados. O único alimento oferecido à criança continuava sendo o leite materno. Na terceira consulta, quando tinha dois meses e 7 dias, pesou 7950 gramas, correspondente a um quilo ou 15% acima do peso máximo esperado para a idade.

Os exames básicos nada revelaram de anormal. Solicitei exames mais específicos e fiz novas recomendações sobre a dieta, tomando inclusive a precaução de orientar a mãe para que obtivesse garantias de que uma outra pessoa não estivesse alimentando a criança sem o seu conhecimento. Isso foi assumido com receptividade, até porque nesta terceira consulta estavam presentes a mãe e o pai da criança, além das duas avós. Todos já muito apreensivos com o ganho ponderal excessivo.

Os novos exames não apresentaram nenhuma anormalidade. A criança continuava o aumento estado-ponderal (altura e peso) acima da expectativa. Os demais aspectos do exame clínico, inclusive os testes de vitalidade, mostravam-se normal, exceto — claro — pelas limitações associadas ao excesso de peso. Era uma criança macrossômica, ou seja, todas as suas medidas estavam fora do padrão. Diante desse quadro a encaminhei ao Hospital Infantil Joana de Gusmão — referência pediátrica na região — para uma abordagem diagnóstica de maior complexidade, em vista da possibilidade de um distúrbio metabólico grave.

A criança passou a ser acompanhada por uma equipe multi-especializada (pediatra, endocrinologista, nutricionista etc). Foram realizados todos os exames laboratoriais disponíveis em Florianópolis para a abordagem de casos semelhantes. Todos absolutamente dentro dos padrões de normalidade. A criança me foi “devolvida” para acompanhamento ambulatorial, com um diagnóstico de *obesidade sem causa aparente*.

Na sua quarta consulta, com três meses e sete dias, pesava 10.050 gramas. E na quinta, aos quatro meses e um dia, ostentava 11 quilos e 500 gramas, o equivalente a três quilos e meio ou 35% acima do peso máximo esperado. Nesse momento já poderia ser classificada

como portadora de obesidade grave. Com seis meses e cinco dias de vida pesava 14 quilos e 250 gramas (peso esperado para uma criança de dois anos). Continuava alimentando-se exclusivamente com leite materno. Aos sete meses, pesando 14 quilos e 300 gramas, o equivalente a um peso 43% (ou 4,3 quilos) acima do peso máximo esperado, decidimos introduzir frutas em sua dieta, as quais foram bem aceitas e passaram a dividir com o leite materno o seu provimento alimentar. Aos nove meses de vida, e há dois meses com uma dieta que alternava leite materno e frutas, a criança chegou aos 15 quilos e 400 gramas, peso esperado para crianças de três anos. (Na tabela de *acompanhamento do crescimento*, da Carteira da Criança, em anexo, consta um peso de 16 quilos, e 74,5 centímetros de estatura. Mas essas medidas não foram consideradas por não terem sido feitas com os cuidados necessários quanto à ausência de roupas).

Desde a primeira consulta, chamou-me a atenção o nome do bebê: *Vultuoso*. Nome que guarda íntima relação com vultoso, com o qual é freqüentemente confundido. Considerei a possibilidade de a criança ter recebido/estar recebendo da mãe e/ou do pai, ao nomeá-lo, uma ordem simbólica de aumentar o seu tamanho para, dessa forma, encontrar lugar no amor do outro materno. Chamou-me igualmente a atenção o fato de *Vultuoso* ser sobrenome do pai, e de não figurar no nome da criança, nenhum sobrenome da mãe. Resolvi, então, fazer uma abordagem da criança com base nos pressupostos psicanalíticos, em acordo com Dolto.

Numa perspectiva doltoniana, com base na formação de sua *imagem de base*, supus que a criança, tendo de conquistar um lugar no amor materno, ameaçado por um pai que também disputava esse amor, ‘decidiu’, inconscientemente, atender ao chamado da mãe para que se assemelhasse ao concorrente; não encontrando forma melhor do que se tornando igualmente *vultuoso/vultoso*. Pontuo também o nome da mãe: S. Cândido, que além de não ter contribuído na nomeação do filho, apresenta-se *cândida* ante um pai que além de *vultuoso/vultoso* era também *custódio*. Estava armado o cenário possível para um amarramento ao significante paterno, cuja única saída vislumbrada — inconscientemente — pela criança seria pela via do assemelhamento a este pai. Daí a ordem inconsciente de aumentar a sua massa corporal.

A via da cura/terapêutica dar-se-ia, nesta perspectiva, pela ressignificação do nome *vultuoso*, que precisaria deixar de ser *ordem de aumento estado-ponderal*. O meu primeiro gesto na direção da cura foi explicar, sucintamente e de uma maneira que pudesse ser mais ou menos entendida pela mãe e pelo pai, mas dirigindo-me à criança essa história toda. Solicitei que a mãe o trouxesse para consultas semanais, durante as quais conversava com a criança, sobretudo lhe dizendo que ele não precisava ‘ser vultoso’ só porque tinha esse nome, e que a sua mãe o amava mesmo sendo ele um garotinho pequenino. Aliás, o amava especialmente por isso. O lugar ocupado pelo pai no amor de sua mãe era outro. Pedi à mãe que fizesse o mesmo e que, preferencialmente, o tratasse como Guilherme. Furneci aos familiares, particularmente à mãe e ao pai, as informações que me pareceram suficientes para que os mesmos pudessem acompanhar e tomar parte ativa no processo terapêutico. Mesmo sem uma compreensão cognitiva completa dos elementos envolvidos na questão, pude perceber um grande interesse dos pais nessa proposta de trabalho.

Nas duas consultas mensais seguintes o ganho ponderal foi bem menor. Na consulta de 10 meses apresentou ganho de 400 e na seguinte apenas 100 gramas. Na terceira consulta realizada após o início do processo terapêutico, um mês e sete dias após a última a criança havia *perdido* 200 gramas. Continuava alimentando-se de leite materno e frutas. Com um ano e um mês, mantinha-se com os mesmos 15 quilos e 300 gramas. A queda ponderal continuou nos meses subseqüentes. A família mudou-se de município e eu deixei de acompanhá-lo com regularidade. Mas esporadicamente ainda vem ao Posto para consulta de rotina.

Na última vez em que estivemos juntos, quando tinha um ano e seis meses, o encontrei em pé, ao lado da mãe, olhando atentamente para mim que passava no corredor. Eu não o havia reconhecido. A mãe me chamou a atenção: Oh, doutor, esse é o Vultuoso! Ele riu. O peguei nos braços e o parabeneizei pelo fato dele ter decidido normalizar o seu peso.

Esse relato não pretende ‘provar’ a teorização doltoniana acerca da importância do nome, mas o apresento como um resultado que pode ter sido obtido a partir de uma abordagem terapêutica inspirada em Dolto. Para mim foi de especial relevância conduzir esse processo terapêutico ressignificando o seu próprio nome diante da sua *imagem de base*.

Acredito que até aquele momento a *imagem de base* da criança, pressupondo atender a um desejo da mãe, — que ao chamá-lo projetava, no seu íntimo, uma imagem vultosa — se expressava no esquema corporal aumentando a sua massa. Dessa forma, o inconsciente da criança atendia a uma demanda inconsciente da mãe.

A formação da imagem de base inicia-se na vida fetal, está associada ao desejo de sobrevivência, e de incorporação material. Continua a se formar após o nascimento, em estágios, de forma inconsciente e em íntima relação com a mãe. Esse processo de conformação da imagem de base, após o nascimento, ocorre em articulação com determinadas *zonas erógenas*. A primeira *imagem de base* a se formar está associada à *zona erógena respiratória-olfativa-auditiva* (associada ao cavum — cavidade oral-nasal — e ao tórax). Em seguida, forma-se a *imagem de base oral*, que inclui toda a anterior mais a região representada pela cavidade oral, faringo-laringea, e a parte inicial do tubo digestivo. A terceira *imagem de base* a aparecer é a *anal*, constituída pelas anteriores, mais a parte inferior do tubo digestivo, além da bacia, nádegas e períneo. Cada estágio da imagem de base associa ao atual os componentes anteriormente definidos, relacionando-os num todo articulado e coerente, o que deixa antever a assunção de um processo evolutivo de natureza epigenética.

Posso afirmar — com base na autora — que esse *todo articulado e coerente* não é naturalmente dado, não é consequência inexorável do surgimento e amadurecimento espontâneo dessas *zonas erógenas*. Essa *arquitetura relacional* — para usar uma expressão de Dolto — centrada nos buracos e nas áreas de prazer — boca, nariz, olhos, ouvidos pele, por exemplo — somente se fará se a *mãe-alimentadora* falar com a criança enquanto cuida dela.

A concepção de Dolto acerca da conformação das imagens de base guarda relação com as zonas e estágios da teoria da pré-genitalidade de Erikson, com o acréscimo, em Dolto, do componente respiratório-olfativo, que tem primazia em relação ao componente oral. Para Dolto, após o nascimento, a placenta — como fonte de trocas gasosas — é substituída pelos pulmões, pela árvore brônquica; por onde agora o ar — “significante cósmico” — entra no corpo. “A imagem respiratória é a mais arcaica das imagens do corpo, porque o ar que respiramos é a nossa placenta comum a todos” (Ledoux, 1991: 88). Nisso residem — na

minha opinião — as motivações ‘teóricas’ da sua crença na transcendência do ser humano, tantas vezes claramente manifesta.

Uma criança alterna momentos de repouso — *pulsão de morte* — com momentos de desejo — *pulsão de vida*³⁰ e não há melhor lugar para se opor o conflito existente entre essas pulsões do que, segundo a autora, ao nível do *narcisismo primordial* e da *imagem de base*. “Quando uma mãe (ou o meio) trata o lactente como um pacote, como um objeto de cuidados, sem falar com a pessoa do bebê [diz a autora] prevalecem as pulsões de morte” (Dolto, 2002a: 40). Quando isso ocorre de forma recorrente determina alterações que vão conformar uma ausência do desejo de viver, levando a criança a adotar um *tono depressivo*. Algo na linha do que Spitz denominou *depressão anaclítica*.(vide nota 25).

Nesses estágios de formação da *imagem de base*, segundo Dolto, é de fundamental importância para a estabilidade existencial — no sentido mesmo de existir como ser humano — a fala da mãe-alimentadora. É através dela que se conforma e se articula o todo coerente que vem a constituir a *arquitetura relacional*, entendida no duplo sentido de relação harmônica e coesa das várias *zonas e estágios erógenos* da *imagem de base* e da relação consistente do indivíduo com o meio. Nesse ponto articula-se a imagem de base com o *narcisismo primordial* que, como vimos, está fundado no componente deseante dos pais.

“Qualquer ameaça à integridade da *imagem de base* é sentida como mortal” (Nasio, 1995: 222). As agressões e as ameaças à imagem de base geram representações fantasmáticas³¹, caracterizadas “como um estado fóbico, meio específico de defesa contra um perigo sentido (...) [que fará a criança reagir] àquilo que põe em perigo a sua imagem de base, ...” (Dolto, 2002a; 39). Essa reação normalmente se manifesta na *zona ou estágio erógeno* que está relacionado ao componente específico daquela *imagem de base* agredida ou ameaçada, naquele momento. Isso pode justificar os estados de auto-agressão somática — como as

³⁰ A noção de *pulsão* em Freud é das mais complexas (vide Laplanche e Pontalis, 2002: 394-420 e a discussão feita no capítulo IV, pp.88-89), mas para o nosso interesse, neste momento, vamos aceitar — com Dolto — que *pulsão de morte* é representada por tudo aquilo que amortece o desejo de viver em relação com o mundo exterior, como o sono, por exemplo; enquanto a *pulsão de vida* existe a serviço do desejo. A relação harmônica entre esses dois elementos polares está na base da saúde do *ser*.

³¹ Pode ser tomado, em linhas gerais, como equivalente à fantasia, porém designando mais “determinada formação imaginária e não o mundo das fantasias, a atividade imaginativa em geral” (Laplanche e Pontalis, 2001: 169).

doenças respiratórias de cunho alérgico — auto-imune —, responsáveis por grande número de óbitos em crianças no mundo todo. “Em 1990 as doenças respiratórias alérgicas foram responsáveis pela morte de mais de quatro milhões de crianças em todo o mundo” (Unicef, 1992). Ainda segundo o Unicef a busca por remédios que possam aliviar os sintomas de uma doença respiratória constitui a principal causa de procura por serviços de saúde. [As mães] “Geralmente pedem remédio para tratar os sintomas de seus filhos: tosse, resfriado, dor de garganta ou falta de apetite. E nem sempre compreendem que talvez não exista uma ‘cura’” (Id. Ib). Lembro, a propósito, Agnes, a criança anorética em vista de uma agressão sofrida a sua *imagem de base respiratória olfativa*.

5.5.2 Imagem funcional

O segundo componente da *imagem do corpo* é a *imagem funcional*. Diferente da *imagem de base*, que apresentava uma dimensão estática, a *imagem funcional* é estênica, dinâmica; não se *localiza* em nenhum lugar específico, embora seja mediatizada por necessidades ou demandas localizadas em algum lugar erógeno, onde a falta (provocadora do desejo) se faça sentir. “É graças à *imagem funcional* — objetivada na relação com o outro — que as pulsões de vida podem, após serem subjetivadas no desejo, tender a manifestar-se para alcançar prazer (...)” (Dolto, 2002a: 43).

A *imagem funcional* se manifesta como tensão no corpo do sujeito desejante como um todo, embora guarde relação com *zonas* ou *lugares erógenos*. Isso é mais verdade ainda em se tratando de um bebê, no qual a capacidade de localização é, em princípio, menor. Citemos, a título de exemplificação, o ato de defecar ou urinar, que é em si, uma necessidade orgânica, mas que veicula tensão de desejo. A criança não a sentirá localizada em nenhum lugar específico³², mas como um desejo do sujeito. O prazer que sentirá com a realização do ato defecatório ou miccional será, destarte, um prazer vivenciado pela totalidade do corpo, embora manifestado em relação a algum lugar ou *zona erógena* específica.

A criança vai, então, associando dinamicidade prazerosa às várias *zonas erógenas* de seu corpo. Podemos dizer que, associada à *imagem de base*, estática e existente *per se*, forma-se a *imagem funcional*, inicialmente ligada a determinadas zonas e a determinados objetos, mas secundariamente transferida por deslocamento para outras zonas ou para o próprio corpo como um todo. Esse processo de transferência pode ser modulado pela linguagem. De maneira que a criança vai sendo capaz de substituir, por exemplo, o ato de defecar pelo ato de vocalizar, por sentir na relação com a *mãe-que-lhe-fala*, ou no meio, que esse gesto é mais bem aceito do que aquele. Promove, dessa forma, uma transferência do prazer da zona erógena anal e do ato defecatório para o ato de vocalização. Deve-se compreender que a elaboração da imagem funcional realiza, com respeito ao acionamento das zonas erógenas, um enriquecimento de possibilidades relacionais com o outro”. (Dolto, 2002a:43).

Assim, um gesto inicialmente associado ao prazer exclusivo da criança, consumado em relação a uma determinada *zona erógena*, é estendido pela fala ao outro que articula um prazer vivido simultaneamente pela criança e pelo meio. Em continuidade, essa interação gera uma relação negociada entre a criança e o seu cuidador: a mãe. Julgo possível identificar nessa dinâmica relacional algo semelhante à interação dos *modos psicosssexuais* e às *modalidade psicossociais* a eles associadas, conforme Erikson (capítulo V).

A esse respeito a autora lembra que “A mão, por exemplo, que é, a princípio é *zona erógena* de prensão oral, mais tarde de expulsão anal, deve integrar-se em *uma imagem funcional braquial*, dando à criança a liberdade esqueleto-muscular que lhe permite chegar a seus objetivos” (Dolto, 2002a: 43). Ou seja, em cada momento haverá zonas, lugares ou órgãos que, naquele momento, estão em ‘exercício funcional dominante’ como é o caso da zona oral e anal do exemplo. Nesse determinado momento a mão, cuja funcionalidade em relação à imagem do corpo ainda não está definida, ou não tem lugar, funciona como auxiliar das zonas dominantes. Porém, mais tarde, essa mesma mão adquirirá funcionalidade ativa e

³² A pesquisa dos chamados *reflexos primitivos* — Babinsky, plantar, palmar, aquileu, de Moro, etc — nos permite inferir que a criança tem uma menor capacidade de localização do agente causador de um estímulo, associada a um incompleto processo de mielinização das fibras neuronais. (Dangelo e Fattini, 1988: 52-88).

será articulada à imagem do corpo de maneira coerente. E novamente é possível estabelecer alguma relação disso com as noções de modos dominantes e auxiliares de Erikson.

Dolto admite a possibilidade de ocorrência de um distúrbio da imagem funcional em vista de um atraso ou permanência de uma zona ou órgão no ‘passado’ do processo de formação da imagem funcional. E menciona, a título de exemplo, o caso da ‘menina de boca de mão’. Trata-se de uma criança que não consegue segurar nada com as mãos, embora tenha grande habilidade com a boca, a ponto de escrever e desenhar usando esta região do corpo. Após o processo de análise, a autora intuiu que a criança havia fixado a sua *imagem de base* na boca, sem uma articulação funcional com a *imagem do corpo* como um todo. “Pegue com sua mão de boca” [disse Dolto à criança] “como que fintando a imagem tátil não articulada” (Dolto, 2002a: 43). Tratava-se, portanto, de uma fragmentação da imagem do corpo que o processo terapêutico psicanalítico permitiu reintegrar em torno a uma imagem funcional coesa e articulada. Essa maneira de ver as coisas guarda relação com a idéia de Erikson de que a troca de *modos dominantes* em determinados períodos por *modos auxiliares*, elevados à condição de dominantes, levaria a distúrbios (p. 103).

5.5.3 Imagem erógena

O terceiro componente da imagem do corpo é o que o articula com o outro. É o que abre o corpo ao prazer compartilhado. Associa-se a uma determinada imagem funcional, posto que guarda estreita relação com zonas e lugares erógenos, mas não se restringe ao sujeito, é essencialmente relacional. É o lugar onde se realiza o prazer na relação com o outro. “Sua representação é referida a círculos, formas ovais, côncavas, bolas, palpos, traços e buracos, imaginados como dotados de intenções emissoras ativas ou receptoras passivas, com fins agradáveis ou desagradáveis”. (Dolto, 2002a: 44). Essa característica relacional da *imagem do corpo*, representada neste terceiro componente, nos transmite a idéia de que a imagem do corpo não se realiza nele mesmo, nem se esgota em sua articulação interna. Lança — ao invés disso — uma ponte ao outro do desejo. A noção subjacente — no meu entendimento — é clara: o todo articulado e coerente, somente se realiza em plenitude em relação ao outro. O

processo se inicia no outro da linguagem, representado pela mãe-alimentadora, se articula internamente e se projeta de volta ao outro do desejo. Tem, nesse sentido, *começo e fim*, no outro do desejo e se articula na linguagem. E é sempre um fim entre aspas, porque na verdade é um ciclo. Nesse sentido define o que a autora denomina *Imagem dinâmica*, entendida como o *todo-síntese*. A própria *imagem inconsciente do corpo*, dinamicamente articulada como mostrado acima, “é síntese viva, em constante devir destas três imagens (...) ligadas entre si através de pulsões de vida” (Dolto, 2002a: 44).

O que vimos até aqui poderia ser denominado como uma genealogia do psiquismo infantil segundo Dolto. A noção que o conceito de *imagem inconsciente do corpo* sumariza, diz respeito aos processos psíquicos que conformam o corpo-mente da criança. Mas em relação ao outro, mais radicalmente ainda, em dependência ao outro. Existe como potência desde a concepção, mas é o outro que lhe confere status de realidade existencial. Nesse sentido, o ser é um ser de desejo, seu e do outro. É gerado numa lógica desejante, conforma-se — incorporando matéria — animado pelo desejo de vir-a-ser. Nascido, afirma o seu desejo de viver, incorporando o ar, significante cósmico, da ‘placenta de todos nós’; constrói uma imagem de seu *corpo-no-mundo* em relação às suas *zonas erógenas*, que se articulam entre si e com o outro.

5.6 A IMAGEM DO CORPO E A MÃE: a fala materna

A imagem do corpo guarda relação com a mãe desde a concepção. Relação simbólica, que evolui após o nascimento na mesma lógica desejante na qual foi estruturada. Assim, sua evolução se faz pela busca do prazer, motivado pelo desejo, através da apreensão do seu objeto. “Mas o desejo encontra, em sua busca, obstáculos a sua realização, seja porque o sujeito não tem desejo suficiente, seja porque o objeto está ausente, ou ainda porque o objeto é proibido.” (Dolto, 2002a: 49). Em vista do jogo de presença-ausência do objeto de satisfação do desejo que se instituiu esta ou aquela zona como erógena. Nessa perspectiva, o mamilo ausente, após ter estado na condição de veículo do prazer, é que institui a boca como

zona erógena, ou seja, como zona de percepção da falta. O mesmo ocorrerá com outras *zonas e lugares erógenos* do corpo.

É a mãe — segundo Dolto — que irá fazer a substituição do *objeto parcial* de prazer — mamilo, fezes, pele — pela palavra. A palavra vai, assim, substituir o *objeto parcial* de desejo por um significante, um objeto simbólico que nomeia e dá sentido àquilo que a criança perdeu. Mas esse sentido não é dado de *per se*, é a mãe que lhe confere sentido, pois serve de referência simbólica. Nessa transição entre o *objeto parcial* presente no corpo da mãe — o mamilo, por exemplo — e as palavras, às vezes se fazem necessários *objetos transicionais*³³. São objetos que se apresentam como representantes da mãe — especialmente do peito — nos momentos em que, pela falta do *objeto parcial*, se instala o sentimento de solidão da criança. Normalmente é uma coisa que a criança vincula de alguma forma aos seus referenciais antes instituídos. Pode ser um brinquedo, um pedaço de pano. Podem ser fonemas, músicas, sons, odores, imagens para as quais a criança deslocou a relação passada com mãe ou outros adultos tutelares. São objetos investidos de afeto, capazes de presentificar a mãe nos momentos de ausência desta.

A substituição ou investidura de palavras na função de objetos transicionais é, segundo Dolto, recomendável e permite ampliar as possibilidades de exploração da criança. Esclareço: os objetos materiais, conquanto providos de investimento afetivo — conferido pela mãe, que os qualifica como presentificadores da mãe ausente — apresentam, porém, limitações de duas naturezas: primeiro nem sempre são viáveis; a condução consigo de objetos materiais pode ser difícil e, às vezes, inconveniente; mas é a segunda limitação que de fato importa. O objeto material é necessariamente mais limitado nas suas possibilidades representativas, mesmo considerando que o objeto é apenas um estímulo e que de fato o verdadeiro objeto de desejo esteja marcado como representante ideativo. Mesmo assim, as suas possibilidades são menores que os objetos simbólicos representados nas palavras. Nesse sentido, os *objetos transicionais materiais* poderiam ser dispensados se houvessem suficientes palavras

³³ O conceito foi originalmente estabelecido por Winnicott, e adotado pela quase totalidade dos que fazem sicanálise com crianças. Tem originalmente o mesmo sentido empregado por Dolto. Por outro lado, o conceito de *objeto parcial*, utilizado por Dolto com frequência, foi cunhado originalmente por Melanie Klein.

proferidas pela mãe. Ou se a mãe “renova o estoque de palavras” colocadas à disposição do(a) filho(a). Isso é particularmente importante por ocasião do desmame. A criança privada do peito precisa receber da mãe palavras que substituirão o peito negado:

É a palavra que, em virtude da sua função simbólica, acarreta mutações de nível do desejo: da satisfação erótica parcial à relação de amor que é comunicação de sujeito para sujeito ou, antes, do pré-sujeito (lactente) ao sujeito que é a mãe, objeto total para seu bebê, a quem ela serve de referência em relação ao mundo e a ele mesmo. (Dolto, 2002a: 50).

Por outro lado,

como o desejo transborda sempre a necessidade, os elos de percepção sutis do cavum, da audição, da visão, mais tarde do anus, da vagina, do pênis [áreas dotadas de excitabilidade nervosa, segundo Erikson] tornam-se zonas erógenas, por um lado em consequência do seu contato com um objeto parcial de apaziguamento em relação à mãe (...), por outro, da ausência mediada pela linguagem, (...) na falta do objeto parcial. Daí a importância primordial, eminente, da mãe, objeto total e sujeito que se expressa por uma linguagem gestual, mímica, auditiva e verbal, em intercomunicação com seu filho (enquanto este elabora as suas imagens de base, funcional e erógena). É a mãe que, através da palavra, falando ao filho do que ele gostaria, mas que ela não pode lhe dar, lhe mediatiza a ausência de um objeto ou a não satisfação de uma demanda de prazer parcial. (Id. Ib: 49).

É também pela palavra da mãe que a criança aprenderá a discriminar as coisas das pessoas. No início, quando se machucou, a criança considerará “mau” o agente desse machucado, seja ele um objeto ou uma pessoa. Houve um atentado à sua homeostase, mas se a criança aprendeu a autoconsolar-se pelas palavras da mãe, transferirá para si própria a ação maternizadora confortante que somente a mãe podia realizar para ela. Para Dolto uma criança solitária, mas suficientemente *abastecida* de palavras maternas, “presentifica sua mãe através de suas lalações, acreditando repetir os fonemas que ouviu dela e assim, engodado, não se sente mais sozinho, mas ele mesmo, para ela e com ela”. (Id, Ib, 26).

É importante esclarecer que nisso não está implícito, necessariamente, nenhum atributo mágico associado à mãe. A relação de *um-com-a-mãe*, vivenciada inicialmente no útero, no qual esta criança foi plasmada em íntimo e total contato com a mãe, é que habilita a continuar sendo, mesmo após o nascimento, uma díade, um ele-ela para o filho. Não há porém, impossibilidade de uma criança vir a constituir um outro relacional com que venha a ter vinculação semelhante. Dolto admite que isso é possível e relativamente freqüente. Neste caso é preciso que esta outra *instância tutelar* ou *provedor de atenção* tenha com a criança uma relação de continuidade e coerência para que a criança constitua novos laços.

Uma relação definida nestes termos, diria Dolto, “é vital pois cria a memória de um ‘ele mesmo-o outro’, primeiro fator de segurança narcísica. Ela é representante do *ser* ‘ele-ela’. Essa presença humana vital é mediadora das percepções e instauradora de sentido e de humanização” (apud Nasio, 1995: 211). Em cada momento da vida da criança e em cada etapa da construção de uma *imagem do corpo* (de *base*, *funcional* e *erógena*), bem como na relação com a *imagem dinâmica* — *desejo de ser*, a criança tem um outro da fala, um outro da linguagem que lhe individualiza e o define como sujeito, sujeito de desejo, sustentado na linguagem. Esse outro da linguagem nas primeiras fases da vida é a mãe, ou uma outra pessoa que assuma a sua condição, e que mantenha com a criança uma relação de perenidade e coerência, e, sobretudo, que introduza a criança no mundo da linguagem.

A propósito deste papel estruturante da *imagem do corpo* na primeira infância, notadamente da *imagem de base*, menciono um filme-documentário sobre a vida de Dolto (Colonel e Mezamat, 1983), no qual a autora fala de uma experiência com crianças de uma creche hospitalar, dirigida por um médico chamado Ribadeau Dumas. Dolto diz que a experiência em tela lhe fora referenciada porque ali ocorriam “experiências loucas com as crianças”. Tais experiências consistiam em fazer com que cada criança internada fosse submetida durante cinco minutos de manhã e cinco minutos à tarde a uma ‘sessão de conversa’ na qual fosse dito às crianças através de palavras amáveis coisas como: “O seu irmão, seu pai e sua mãe são bonzinhos, gostam de você e virão vê-lo logo que puderem; no momento você está aqui e não pode ser visitado, mas logo será; você ficará bom logo”. A ‘conversa’ toda girava em torno dos nomes da criança, dos pais, dos irmãos. Durante o tempo em que desenvolviam esse trabalho, as auxiliares não faziam mais nada. Não “cuidavam” das crianças durante esses cinco minutos, “contados no relógio”. E isso era difícil porque, diz Dolto, “sempre se quer fazer alguma coisa”. O resultado dessa “experiência louca” foi a redução significativa do índice de mortalidade entre as crianças, bem como diminuição de

tempo de internação. Vários outros casos ilustram o valor que a autora confere à palavra dita, embora não negligencie outras manifestações da linguagem.³⁴

Na minha experiência clínica, costumo ser interpelado por mães com a queixa de que a criança ‘troca o dia pela noite’. Esclareço a estas mães angustiadas que durante o dia, a fala da própria mãe conforta a criança, que continuamente ‘checa’ se a mãe ainda está ali. Os demais barulhos também presentificam a mãe, pois mesmo os ruídos incidentais são captados em referência à mãe, que é para a criança pequena aquilo que lhe diz da sua própria existência. À noite, a ausência de ruídos, o silêncio, pode dar à criança uma sensação de ‘vazio’, o que lhe leva a cobrar a presença física da mãe, sobretudo se também não lhe pode sentir o cheiro. Costumo orientar as mães no sentido de apenas falar com seus filhos, evitando dar-lhes de mamar, para que as palavras — e não o seio — assumam o papel de *objeto transicional*. Os resultados costumam ser satisfatórios.

Por fim — e cotejando os dois autores — direi que, se para Erikson o estabelecimento de padrões duráveis para a solução do conflito entre *confiança* e *desconfiança básicas*, de forma a gerar na criança um sentimento de *esperança* na simples existência, era a primeira tarefa do ego, e *uma tarefa para o cuidado materno*; para Dolto, a assistência da mãe ao filho, por meio de percepções sutis e palavras constitui troca re-asseguradora e “prova de uma relação humana durável para além das feridas da *imagem funcional* ou da ameaça à *imagem de base*” (2002a: 51). Ainda para Dolto

A psicanálise permitiu descobrir o que são as trocas, sutis mantenedoras do narcisismo indispensável ao reencontro da saúde afetiva, que fundamentam o prognóstico psicossocial do futuro de determinada criança em particular, nascidas de determinados pais. (...) Como se vê, o narcisismo que, no início da vida, parece estar associado à euforia de uma boa saúde, está de fato, desde o nascimento, cruzado com a relação sutil linguageira, criadora do sentido humano, originado na mãe e alimentada por ela — relação que não pode ser, no início da vida, por muito tempo interrompida, sem perigo. (Id. Ib: 52)

³⁴ Em 1994, junto com a Dra. Edsalva Nunes, psicóloga, iniciamos um trabalho de *dialogação* com as crianças internadas na UTI neonatal do Hospital Barão de Lucena, no Recife-PE. O primeiro gesto nesse sentido consistiu da aposição do nome do recém-nascido no seu berço-leito e na recomendação de que se evitasse tratá-lo por “RN de mãe tal”. Médicos(as), enfermeiros(as) e auxiliares foram orientados(as) a conversar com as crianças. A diretora da UTI, Dra Gisele Lima, também adepta da experiência, permitiu que estimulássemos as mães a terem um contato maior com os seus filhos. Não fizemos avaliação quantitativa dos resultados, mas a primeira impressão nos estimulou a manter e intensificar a experiência.

Nesse sentido — durante a vida intra-uterina — a mãe sustentou o narcisismo primordial da criança, a partir do seu próprio narcisismo, e lhe propiciou as condições para a sua formação como sujeito de desejo — desejo de incorporar “vampiricamente” matéria para a sua conformação. Depois sustentou o seu desejo de *vir-a-ser* no mundo, estabelecendo “o vaso comunicante” imaginário, que associado aos fantasmas da simbiose primeira, garantiram o *Eu-minha-Mamãe-o-mundo* reencontrado. E num terceiro momento sustentou, pela palavra, a conformação de sua *imagem do corpo*. Em síntese: “a imagem do corpo é, portanto, elaborada como uma *rede de segurança linguageira* com a mãe”. (Dolto, 2002a: 122).

5.7 TRIANGULAÇÃO: a relação mãe-filho-pai

Durante todo esse processo, a criança e o outro estão imersos na linguagem. Linguagem que o define como sujeito — *eu sou* — e marca o outro — *você é*. Para Dolto é a linguagem que articula o desejo que o funda como sujeito e que o humaniza. E vem da mãe e do pai.

Segundo Ledoux, Dolto “insiste na necessidade do *continuum* do clima afetivo do triângulo *homem-mulher-criança*, fonte da autoconfiança. É numa estabilidade de relações que a criança se constrói e é pela fala que ela é introduzida no mundo humanizado”. (Ledoux, 1991: 59). Para Dolto, até os seis meses de vida, a presença da mãe na vida da criança é fundamental. O mundo da criança pequena “é mediatizado por uma só pessoa. Para que um bebê se estruture de maneira sadia, parecia indispensável a Dolto a presença de uma mesma pessoa (...). Ela justificou essa tese de uma mesma pessoa-nutriz pelo fato de que durante a oralidade invasiva, o lactente precisa ter certeza de que não comeu ou excretou essa pessoa maternal” (Id. Ib.: 59).

A tríade mãe-filho-pai está na base do processo de humanização da criança. Inicialmente, na fase de vida em que conforma a sua *imagem de base*, a criança não se sente uma outra em relação à mãe. Na verdade percebe-se *em continuidade* com ela. Assim é, e assim deve ser. Quando cola a sua boca no mamilo da mãe, não há no bebê noção de que seu corpo e o corpo da mãe são duas coisas diferentes. Quem já presenciou uma amamentação dada em condições ideais — sem pressa, em ambiente adequado — sabe do que Dolto estava

falando ao anunciar que a criança poderia sentir que teria devorado a própria mãe, caso esta desapareça de repente. A relação é de total incorporação. A criança não apenas suga o peito. Via de regra, suga um e manipula o outro, ou agarra partes do corpo da mãe, finca o pé em algum lugar. Frequentemente vejo crianças tentando invadir narinas, ouvidos, bocas com os seus dedinhos. Caso tenha a atenção chamada, normalmente a criança volta-se para o ambiente, mas mantém-se em sucção; mexe a cabeça, estica o pescoço. Enfim, comporta-se como de fato se sente: o peito e a própria mãe são extensões do seu corpo.

Essa relação ‘antropofágica’ — e a palavra diz do que de fato ocorre, pois a criança ao mamar “deglute a mãe” — é quebrada pela figura do pai, o outro do desejo da mãe. O pai, nesse sentido, “tem uma função *separadora* e *dinamogênica*. A relação dual deve ser marcada pela lei do pai (...), apontando à criança que a mãe não lhe pertence e apontando à mãe que o filho não é produto dela”. (grifos do autor. Násio, 1995: 215). O pai instala-se entre a mãe e o filho, quebra o vínculo narcísico dos dois ao se interpor entre eles. A mãe, ao aquiescer às demandas do pai, faz uma “não-resposta aos apelos da criança; e, dessa forma, adota um comportamento estruturante. Há, pois, um além do outro materno e, por conseguinte, um além da díade... [mãe-filho]”. (Id. Ib.: 214). A título de complementação, digo que o *pai* é o *outro da linguagem*. Pode ser, ou não, o pai biológico. Pode até nem ser *pai*, mas será o outro da cisão da díade mãe-filho. Nesse sentido esse papel é também humanizante, pois da mesma forma que a criança precisou sair da sua relação de *um-com-a-mãe* da vida intra-uterina, através da inspiração do primeiro alento cósmico, a que foi levado pela secção do cordão umbilical, mas sustentado pelo seu desejo de ser, assim também precisa provocar o segundo nascimento, agora em relação ao corpo exterior da mãe, em relação à qual conformou a sua imagem do corpo, mas cuja interação precisa ser cindida para continuar o seu processo de humanização: papel materno, mas desempenhando em relação ao pai.

Françoise Dolto lembra um importante papel da mãe: dar sentido ao outro, qualificá-lo como seu ‘representante’. A mãe é auto-significada na relação com o filho, mas o pai — ou o outro — necessita desse aval materno.

5.8 IMAGENS DO CORPO E SEUS DESTINOS: castrações simbolígenas

A noção de castração em psicanálise, muito embora tenha um sentido simbólico, guarda relação com o termo utilizado em sentido literal, posto que faz referência à suposta perda do pênis por parte da menina que — imaginariamente — supõe tê-lo possuído em época passada da sua vida. Essa suposta perda do pênis configura o que Freud denominou *Complexo de Castração*, “centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença/ausência do pênis) coloca para a criança”. (Laplanche e Pontalis, 2002: 73).

Menina e menino se inserem no complexo de castração de maneira diferente: o menino teme a castração, que lhe seria imposta pelo pai, em vista das suas atividades sexuais, especificamente representadas pela descoberta que o prazer de manipular o seu órgão genital lhe confere; mas fundamentalmente pelo desejo que a criança do sexo masculino alimenta de ter a sua mãe como parceira sexual. Por esse temor se instaura no menino a *angústia de castração*. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano pelo qual ela já passou. Nesse sentido, não conduz à angústia, mas à necessidade da *negação, compensação* ou *reparação*. Assim, busca o pai como aquele que lhe pode dar o que ‘perdeu’. Tanto no menino como na menina o complexo de castração tem função *interditória e normativa*. No menino, a interdição ao gozo com a mãe; na menina, a interdição ao conluio com o pai, através do qual lhe seria possível obter um pênis ou um filho, seu substituto simbólico. Por outro lado, o temor de perder o pênis ou a tentativa de obtê-lo organizam a vida das pessoas, residindo nisso a sua função normativa. Nessa perspectiva, o complexo de castração “é relacionado com o primado do pênis nos dois sexos” (Id. Ib.). Segundo Nasio, “a experiência da castração é incessantemente renovada ao longo de toda a existência”. (Nasio, 1997: 13).

O complexo de castração apresenta estreita relação com o complexo de Édipo, entendido como “o conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais” (Laplanche e Pontalis, 2002: 77). Para Freud, o complexo de Édipo tem o seu apogeu entre três e cinco anos de vida da criança, quando, em termos do seu processo de desenvolvimento das zonas erógenas, está vivendo a fase fálica.

Para Dolto, no entanto, a castração tem um sentido algo diferente. Permanece sendo um ato de *privação de um desejo*, imposto pelo outro, mas não se define somente em relação ao Édipo³⁵. Marcando a diferença em relação ao conceito clássico de castração, Dolto refere-se a elas como castrações simbolígenas ou simboligênicas, definidas como:

um processo que se realiza em um ser humano, quando outro ser humano lhe significa que a realização do seu desejo, sob a forma que gostaria de lhe conceder, é proibida pela Lei³⁶. Esse significado passa pela linguagem, seja gestual, mímica ou verbal. (Dolto, 2002a: 62).

Sumarizando: castração é privação, é interdito e seu objetivo é humanizar. Ou seja: tornar a criança — ser total, para quem o corpo da mãe e o seu são indivisíveis — um sujeito da linguagem, inserido em um sistema cultural, para o qual a existência deixa de ser toda-plena — condição suposta existente na vida intra-útero — onde não havia hiato entre a *necessidade* e o *desejo*, posto que aquilo do que precisava para se conformar como *vivente* não passava pela mediação de nenhuma zona erógena específica. Isto é, não havia limitação ao gozo — no sentido do gozo de incorporar matéria. O sujeito não sofria limitação, não era barrado — no sentido lacaniano —, ou *castrado* para usar a expressão preferida por Dolto.

Na mitologia doltoniana, imbricada com o *esquema corporal*, conforma-se uma *imagem do corpo*, inconsciente e que lhe dá sentido como sujeito desejante, iniciando-se com a secção do cordão umbilical no parto. Para cada estágio de conformação da *imagem do corpo*, Dolto apresenta uma *castração*, que significará, naquele momento, um ato seccional, interditório e humanizante. Ao final do processo, se as *castrações* foram adequadamente conduzidas,

³⁵ Em síntese, o amor que o filho(a) nutre pelo genitor do sexo oposto. “Desempenha papel fundamental na estrutura da personalidade e na orientação do desejo humano” (Laplanche e Pontalis, 2002: 77). O nome foi tomado à peça Édipo-Rei, de Sófocles, na qual Édipo mata Laio e casa-se com Jocasta, sem saber que se tratavam de seus pais. Para Freud os complexos de Édipo e de castração ocupam o centro das psicopatologias.

³⁶ A Lei, às vezes denominada Lei do Pai, refere-se ao interdito paterno de que a criança não pode ter a mãe como seu objeto de desejo. É um interdito simbólico e normativo. A Lei do Pai inaugura, em sentido simbólico, a entrada na cultura, a partir do que o sujeito, para não perder o seu pênis, renuncia a um tipo de gozo proibido e se habilita aos outros gozos. Dessa forma livra-se da castração física, mas concede com a castração simbólica que o limita — ‘com a mãe, não’ — embora lhe abra outras possibilidades. É a expressão simbólica da limitação à realização plena do desejo

teremos o sujeito *autônomo, estruturado, coeso e coerente* consigo mesmo e com o outro cultural.

5.8.1 Castração umbilical

Para a autora o processo de castração inicia-se na secção do cordão umbilical, no nascimento. É o primeiro gesto de limitação imposto pelo outro à criança, antes em homeostase com o *corpo-um-com-o-seu* da mãe. É o gesto fundador do ser humano como indivíduo. Na vida intra-uterina não existe *esquema corporal*, porque a criança não tem noção de um corpo, embora já exista a *imagem do corpo* primordial — derivada do narcisismo primordial — e a criança não tem a noção de objeto parcial porque se realiza, como *ser*, sem necessidade de localizar o ponto ou os pontos de prazer. A criança *É*; o seu prazer — de estar vivo — *É*. A necessidade e o desejo coincidem.

Lançado no mundo, a sua primeira tarefa existencial é respirar. O seu chamado à vida é feito pela necessidade imperiosa de obter por conta própria aquilo que antes lhe era oferecido passivamente. O ‘sopro da vida’, nesse sentido, provém de ‘dentro’; é mais uma ‘busca de vida’. A secção do cordão umbilical insere-se como uma primeira castração, um primeiro interdito. É o interdito fundador da vida, como realidade existencial externa ao útero. Se não for respondido adequadamente pela criança, efetivamente conduz à morte.

No ato inaugural da respiração, a criança — *ser de desejo* — é chamada a confirmar o seu *desejo de ser*. Somente ela pode fazê-lo. Executado esse salto para a vida — que é um gesto necessariamente individual — realizado a partir de uma necessidade imperiosa de respirar-para-viver, aí sim começam os gestos relacionais. Advogo a partir disso, que o primeiro gesto existencial da criança, aquele que inaugura o seu *estar-no-mundo*, é o ato de respirar. É ele que marca a sua individualidade. O que pode ser conduzido de forma mais — ou menos — traumática.

No que diz respeito à secção do cordão umbilical, tem-se dado pouca importância a este gesto que — como ressaltado acima — constitui-se no gesto fundador da individualidade. A secção intempestiva do cordão umbilical, feita no momento seguinte à expulsão fetal, leva a uma respiração agônica, normalmente acompanhada de choro. Mas se a criança, ainda com o

cordão umbilical íntegro, portanto ainda respirando através dele, for suavemente massageada na região dorsal, quase sempre inicia o processo respiratório sem choro ou agonia³⁷, exceto nos casos de recém-nascidos com baixa vitalidade, nos quais os procedimentos ativos de estimulação se façam necessários. Esse comportamento ante o recém-nascido, que é seguido — via de regra — pela colocação da criança nos braços da mãe para um primeiro contato externo entre os dois, constitui elemento importante da técnica do chamado *parto humanizado*, que tem sido objeto de interesse crescente em todo o mundo.

A título de complementação, trago à discussão um tema que não vi abordado nas obra de Dolto ou qualquer outro autor a que tenha tido acesso, mas que julgo relevante para a discussão em tela. Trata-se da *amniorrexe*, ou seja: a ruptura da bolsa amniótica ou bolsa das águas, que no meu entendimento, constitui uma importante castração, na medida em que impõe ao bebê uma limitação à qual ele não estava submetido antes: a *sensação de peso*; sensação ausente ou quase ausente enquanto vige a integridade da bolsa amniótica.

Imerso em fluidos, um corpo tem o seu peso diminuído de um valor correspondente ao peso daquele fluido que estaria no lugar ocupado pelo corpo — princípio de Arquimedes ou empuxo — . Por outro lado, sabe-se que o corpo de um recém-nascido tem cerca de 95% de água, e que o líquido amniótico tem densidade praticamente igual à da água. Assim, é como se um objeto feito de água flutuasse dentro de um recipiente com água. O resultado natural é a falta de sensação de peso por parte desse corpo. Quando a bolsa amniótica é rompida, quebra-se esse equilíbrio e o recém-nascido passa a ter a percepção de seu próprio peso. É um aterrisamento, uma chegada na terra. Que constitui, ao meu ver, a primeira imposição de uma limitação, portanto, uma forma de castração. Ocorrida ainda no interior do útero. Ou seja, com as demais condições que conformam a homeostase mãe-bebê ainda presentes. É como se a natureza promovesse um *nascimento aos poucos*.

³⁷ O risco da poliglobulia — excesso de hemácias, represadas no feto em vista do início da dequitação — eventualmente provocada pelo retardamento da secção do cordão umbilical, é evitado se elevarmos a criança a um nível superior ao da placenta. Por outro lado, não estou preconizando demora no processo, apenas calma e delicadeza. Prática abonada por vários autores, dentre os quais o próprio Dr. Frédérick Laboyer, um dos pioneiros dos partos humanizados (1982).

Dentro do útero não há *esquema corporal*, porque não há noção de limite físico. A ‘satisfação’ do feto lhe chega de uma forma totalizante, na medida em que se faz através do cordão umbilical, sem a localização dessa satisfação, que se espraia por todo o corpo, sem ponto de chegada definido. O *ser-criança*, na vida intra-uterina, é todo *imagem do corpo*. Só existe como realidade psíquica. Advogo, a partir da consideração acima, que a ruptura da bolsa de água constitui a primeira castração, manifesta como uma espécie de ‘chamada ao mundo’, deste ser *um-com-o-universo*, que agora faz a sua primeira aproximação com o *esquema corporal* pela imposição ao seu corpo da noção de peso. Nessa perspectiva o rompimento da bolsa amniótica constituiria um *primeiro aviso* das mudanças que estão prestes a ocorrer.³⁸

5.8.2 Castração oral

Essa castração é representada pelo desmame. Embora corporificada no desmame, deve ser entendida como castração de toda zona erógena oral, o que compreende, lábios, mucosa oral, faringe-laringe, porção proximal do tubo digestivo, além da zona respiratória-olfativa. Esta castração, “quando sensatamente dada, resulta no desejo e na possibilidade de falar, e, portanto na descoberta de novos meios de comunicação” (Dolto, 2002a: 79) *Sensatamente* refere-se à forma como se processa, no sentido de tempo (progressivamente) e na adequada condução pela fala e pelos gestos, de forma que o gozo oral, antes centrado no binômio *mamilo-boca*, possa ser transferido para outros objetos que a criança põe na boca, os quais, nomeados pela mãe, introduzem a criança na linguagem. Assim, “o efeito simbolígeno da castração oral é, portanto, a introdução da criança enquanto separada da presença absolutamente necessária de sua mãe, na relação com o outro. (Dolto, 2002a: 82). Essa castração representa “a separação da criança de uma parte dela mesma: o leite” (Nasio, 1995: 218). O leite materno, nessa perspectiva é um objeto partilhado. A criança não o vê como uma

³⁸ A bolsa das águas ou saco amniótico normalmente é rompida próximo ao parto e, via-de-regra, o seu rompimento desencadeia a fase expulsiva do trabalho de parto. Pode-se retardar o parto mesmo com a bolsa rompida, nos casos de prematuridade. Mas esse não é o procedimento de rotina, até porque uma bolsa amniótica rota expõe a criança a riscos, que aumentam com o tempo de rompimento (Rosemberg & Thilo, 1995: 41-42).

coisa da mãe que ele toma, mas como uma coisa dele que está na mãe. Retirar o leite ou proibi-lo, fá-lo-á buscar substitutos: o dedo, objetos ou palavras que, proferidas pela mãe, vão ocupar o lugar do mamilo e ressignificar o desejo. Quebra uma relação baseada no corpo-a-corpo e instala-se uma relação simbólica mediada pela palavra. Para Dolto, a linguagem é preexistente ao nascimento, mas “é somente após o desmame (...) que a assimilação da língua materna passa a ser feita” (Nasio, 1995: 28).

Esse momento é crucial porque o “circuito curto” do prazer, representado — segundo a autora — pela relação mucosa-mucosa, corpo-a-corpo, precisa ser substituído pelo “circuito longo”, que é circuito da *fala comunicante*. Mas o circuito longo não é direto, é um circuito simbólico, estabelecido numa relação sujeito-sujeito; pode-se dizer, estabelecido a partir de sensações sutis, com maiores possibilidades, mas não imediatos. Assim, “o prazer dado é sentido como uma invenção, uma descoberta, uma criação a dois para uma conjunção — através do corpo — dos psiquismos da mãe e de seu lactente”. (Dolto, 2002a: 67). É crucial porque é um momento de redefinição da fonte do prazer. O desmame precisa ser conduzido de forma a ser percebido/sentido pela criança como uma modificação do valor simbólico, antes direto via mucosa do bebe-leite materno-mamilo, além dos odores e sabores que permeiam a cena completa. A nova via — representada pela fala comunicante — deve significar, para o psiquismo da criança

uma modificação do valor simbólico, sempre novo, da presença materna, e não de um desaparecimento do objeto-mãe”. (...) Em contrapartida, se o objeto desaparece (...) a castração não é mais nem valorizadora do desejo, nem portadora de vida conhecida, nem abertura para um chamado da comunicação inter-humana. É, após um curto tempo de espera, um esgotamento do desejo e uma parada da dinâmica do desejo, a mutilação da imagem do corpo que se desenvolveu na relação do lactente com a sua mãe; (...). (Id. Ib. 67).

Dolto associa a *angústia do oitavo mês*, correspondente ao nascimento dos dentes³⁹, à condução inadequada do desmame. Está associada à falta de mediação entre os objetos e o

³⁹ Na edição mais recente, de 2002, na página 68, a autora faz alusão à odontogênese. Mas por um erro presumivelmente gráfico o texto fica comprometido, pois a palavra ‘dentes’ que deveria se seguir a ‘nascimento’ foi omitida. O sentido e o cotejamento com edições anteriores, porém, permite-me a complementação.

desejo da criança. “É um sentimento de impotência que provém da falta de mediação pela mãe.” (Dolto, 2002a: 68). Por isso, tal como em Erik Erikson, o momento do desmame é crucial na relação mãe-bebê, no que diz respeito à conformação de uma estrutura psíquica equilibrada que permita à criança estabelecer uma relação com o mundo — humanizar-se — de forma adequada. E novamente, tal como em Erikson, um processo ocorrido na fase oral, que tem no elemento materno o seu estofamento fundamental.

5.8.3 Castração anal

A castração anal constitui o processo seguinte e tem, segundo a autora, duas acepções: o sentido de autonomia determinada pela motricidade, através da qual a criança se torna “autônoma” do adulto que promove a sua deambulação passiva. Nesse sentido se assemelha a um ‘desmame’; um ‘desmame’ dos cuidados com o corpo. Cuidados esses que dizem respeito ao asseio com relação aos excrementos da criança e cuidados relativos à deambulação. A criança precisa ter a liberdade de ir ao mundo. É de fato uma época de riscos, mas o maior risco é ficar presa às figuras parentais ou aos cuidadores. As contusões e escoriações inauguram no âmbito do espaço familiar os desafios que hão de vir na vida social-cultural.

A outra acepção refere-se à proibição da criança auto-impingir-se algum mal. Consiste, pois, no impedimento de que ela própria se submeta a riscos que ela não gostaria que um outro lhe fizesse. Esse processo se faz através de um “comércio relacional”. E, como nos demais, constitui-se em um processo de mão-dupla: enquanto castram a criança de suas possibilidades, os pais castram a si dos seus cuidados excessivos. A castração pressupõe a assunção da criança como sujeito, mesmo que esse sujeito tenha limitações definidas pelo meio. Assim, quando os pais castram a criança dos riscos inerentes ao seu amadurecimento, mas não efetuam a sua própria castração em termos de cuidados, prejudicam a sua humanização, ao considerá-la um *objeto a ser adestrado*, o que também precisa ser mediatizado pela palavra. Segundo Dolto, “os seres humanos, qualquer que seja a sua idade, são capazes de dar essa castração aos mais jovens, tanto pelo exemplo como pela palavra” (2002a: 87).

Nas duas acepções, precisamos recorrer ao meio, ao outro, para compreendê-las e aceitá-las em sua totalidade. Que sentido teria a castração anal numa tribo indígena, em cujo seio, os cuidados com as crianças sejam compartilhados por todos e cujos revezes, também, fossem aceitos pelo coletivo; em comparação com um aglomerado urbano, moderno, onde a responsabilidade do cuidado frequentemente não se estende para além da família nuclear? As possibilidades e limites da castração anal, portanto, somente podem ser situadas em referência a um sistema cultural que lhe dê significado.

Os aspectos relacionais tornam-se particularmente importantes nesta fase. Pode-se mesmo afirmar que aqui se inaugura a vida social da criança. Iniciam-se os primeiros passos, que coincidem com um relativo domínio da fala. Se a castração anterior foi bem sucedida, representa um lançar-se ao mundo, num processo efetivado objetivamente pelo corpo — agente visível da deambulação — mas mediatizado pela palavra. A palavra da criança e dos adultos tutelares modulam o caminhar. A minha observação de crianças nesta fase da vida corrobora plenamente o que a autora indica como condução adequada da castração anal. A criança vai ao mundo, mas mantém um laço simbólico com o outro-tutelar, representado sobretudo pelo olhar e pela audição: ‘Vai!’... ‘Vem!’... ‘Cuidado!’... ‘Muito bem!’... ‘Caiu, mas não precisa chorar!’. São expressões que confirmam para um observador o processo linguageiro que acompanha a deambulação infantil, ocorrida nesta fase.

5.8.4 Castração genital

A castração genital constitui-se no último dos processos de castração simbólica. Dolto a analisa em dois tempos: o primeiro, denominado *castração genital primária* ou *genital não-edipiana*, refere-se à descoberta da diferença sexual entre meninas e meninos. A castração edipiana não genital pode fracassar como ação simbólica “em consequência da falta de informações, das broncas, adiamentos que acompanham respostas ou reações dos adultos a respeito do que a criança levanta a respeito do que ela observou, ouviu dizer, sentiu”. (Dolto 2002a: 151).

Esta *castração primária* ou *não edipiana* reveste-se de uma importância especial porque é primeira vez em que a criança se depara com uma Lei que não é imposta pelos adultos tutelares, mas uma *lei natural*. A descoberta da diferença anatômica constitui-se, assim, na sua primeira descoberta pessoal, o que em alguns casos pode trazer transtornos, mas que quase sempre traz valorização, fortalecimento do sujeito, particularmente quando o processo de descoberta do sexo é acompanhado das explicações pertinentes.

A criança adquire a constatação dessa diferença através da observação direta de si — no espelho — e do outro, como espelho de si. É a *experiência do espelho* que dá à criança a certeza de que a sua imagem do corpo, conquanto lhe assegure estabilidade e coerência internas, não lhe confere um lugar na relação com o outro. Aí haverá o encontro das diferenças sexuais anatomicamente definidas: realidades existenciais díspares embora complementares, posto que relativas a um mesmo ser. Essa noção de complementaridade constitui um entendimento novo em relação à visão freudiana clássica, que pontua a diferença como *existente* ou *inexistente* — relativamente ao órgão sexual masculino — e o *inexistente* como gerador de angústia. Mas para Dolto a descoberta da diferença é geradora de um conflito duplamente sentido, e não necessariamente na linha do *eu tenho, o outro não tem*, mas algo próximo ao *sou diferente do outro*.⁴⁰

Esse ‘encontro’, por vezes conflitivo, define uma marca, uma ‘ferida’. “Esta ferida irremediável da experiência do espelho pode ser denominada de buraco simbólico, do qual decorre, para todos nós, a inadaptção da *imagem do corpo* e do *esquema corporal*” (Dolto, 2002a: 124). A repetição da experiência do espelho “vacina” a criança com o primeiro estupor que ela teve, e assegura pelo testemunho escópico — é e continua sendo única — que não será despedaçável; a sua integridade há de se manter, independente das variações e vicissitudes do meio. O sujeito descobre na sua relação com o outro

⁴⁰ Na análise do Pequeno Hans (Freud, 1996a), texto considerado “determinante na descoberta do complexo de castração” (Laplanche e Pontalis, 2002: 73), Freud interpreta como *mentirosa* uma fala do garoto, segundo a qual “o pipi de Hanna [sua pequena irmã] era tão bonito”. “Na verdade, ele quis dizer *estranho*” — sentencia Freud (1996a: 28). Ora, em todo o texto Freud chama a atenção para a confiabilidade das palavras do Pequeno Hans porque o garoto não estaria ainda submetido aos ditames dos preconceitos e amarras sociais. Mas nessa passagem teria *mentido*. Presumo que a convicção de que Freud, para além do gênio criativo que foi, estava submetido aos limites culturais do seu tempo e de sua cultura, levou Dolto a considerar a questão da

(...) que ele só é autêntico em sua *imagem do corpo* inconsciente que, associada ou não ao esquema corporal, (...), lhe permite discriminar a diferença entre um encontro na presença ou na ausência, entre um fantasma e um fato.(...). Ela 'se' vê, mas todo o seu desejo de se comunicar com o outro é frustrado ali. O espelho permite à criança se observar como se fosse um outro que ele nunca encontra. (grifo da autora; Dolto, 2002a: 124.).

O segundo tempo da castração genital é a edipiana. É uma castração diferente por que se verifica no âmbito consciente. A criança, pela experiência do espelho, promoveu um encontro entre a *imagem do corpo* e o *esquema corporal*. Na verdade quedou-se frente ao seu *esquema corporal* com uma *imagem do corpo* conformada ao longo da sua história, de forma inconsciente. Esse encontro a torna consciente de que é um sujeito. A criança assume a sua condição sexual no mundo: o seu projeto de vida é agora indissociavelmente ligado ao sexo a que pertence. Pelas castrações anteriores, a criança ia adquirindo potencialidades ligadas a sua existência como indivíduo, dono de um corpo sobre o qual cada vez mais adquiria controle e poder e com o qual lançava-se no mundo como sujeito gozante. Pela castração genital edipiana, a criança conquista as insígnias do seu sexo simbólico, com as quais se lançará no mundo, agora não só com as potencialidade físicas, mas também com as potencialidades psíquicas. Adquire consciência de si. Em termos cronológicos isso corre por volta dos cinco a sete anos de idade.

5.9 HUMANIZAÇÃO: o fruto das castrações simbolígenas

O fruto das castrações sofridas pela criança é o *seu processo de humanização*, no sentido de tornar-se ser humano, sujeito de um processo histórico do qual é parte integrante. Pela castração oral (desmame do corpo-a-corpo alimentador) a criança adquire a possibilidade de chegar a uma linguagem que seja socialmente compartilhada, e não apenas compreensível pela sua mãe. A criança adquire, enfim, a possibilidade de uma independência em relação à mãe, que vai se intensificar no processo deambulatório associado à castração anal, o qual

permite à criança efetuar as suas próprias experiências exploratórias, que lhe conferirá autonomia, embora a lance em um mundo de riscos, mas também de possibilidades.

A castração genital, no seu primeiro tempo, confronta a criança com o diferente de si. Podemos aceitá-la como o coroamento do processo de humanização e socialização da criança, que agora sai de si e se confronta com o outro. Não pode se perder nesse confronto especular, e não o faz se tiver definido uma imagem do corpo que lhe assegure a unidade e a autocoerência. No segundo tempo, a menina ou menino, já identificado no seu sexo, se prepara para a vida genital. Será a primeira vez que um processo consciente comanda uma transformação da *imagem do corpo*.

Quando adequadamente conduzida, a castração genital favorece a adaptação da criança às situações sociais, representadas pela conquista da linguagem, pelo conhecimento das regras de todos os jogos, enfim “a preparação da menina ou do menino para uma vida genital futura, esperada como um promessa e preparada pelo prazer de adquirir conhecimentos e poderes, técnicas, curiosidades e prazeres.” (Dolto, 2002a: 60).

O processo de castração simbólica constitui — a meu ver — algo semelhante ao processo gestacional, mas com sentido inverso. Na gestação a criança vai de uma condição de *nada-ser*, sustentada unicamente na ética desejante dos pais, e se estrutura como *ser-de-desejo*, que na vida intra-uterina se traduz como desejo de incorporar matéria e *aumentar a sua massa carnal*, às expensas da placenta, na condição de *uno-com-o-universo*. Universo que na vida intra-uterina é a própria mãe. Nesse momento a mãe simboliza e mediatiza para a criança a realidade universal na qual está sendo gerada. A criança não se percebe como *em partes*, porque a sua única realidade ‘sensível’ advém do gozo de incorporar matéria, difusamente distribuído. Nesse sentido, é toda *imagem inconsciente do corpo*.

O momento do nascimento se interpõe como um divisor de águas. O *ser-todo-com-o-universo*, ‘in totum’ um *ser-de-desejo* depara-se com a angústia mortal primitiva — representada pela falta do alento vital — e tem de afirmar o seu *desejo-de-ser*. Este momento tem como aviso prévio da nova condição que irá enfrentar o rompimento da bolsa das águas

que lhe comunica a sensação de peso e, por conseguinte, um primeiro encontro com a entidade corpo, ainda como uma vaga noção.

Nascido, inicia-se o processo de formação ou de diferenciação da sua *imagem do corpo*, agora não mais como totalidade indefinida, mas associada a determinadas áreas corporais, dotadas das condições para que o estímulo que vem do meio possa passar para o psiquismo da criança. Essas áreas ou *zonas erógenas* constituem, assim, o elo de comunicação sutil entre o ‘mundo mental’ e o ‘mundo social’, ou utilizando os termos de Erikson, o mundo *psicossexual* e o mundo *psicossocial*. Enquanto conforma a sua imagem de base, associada às zonas erógenas, a criança vai fazendo a interação entre elas através da sua *imagem funcional*, bem como de si em relação ao outro através da *imagem erógena*, as quais devem ser entendidas — quando assim explicadas — como um recurso didático, pois em realidade, conformam-se, simultânea e imbricadamente, num todo coeso, inter-relacionado e dinâmico.

As castrações, iniciando na umbilical — ou na amniótica, defendo — e terminando na genital, vão oferecendo interditos e limitando o espaço do gozo, do prazer. Por isso mesmo tiram a criança da sua condição de *uno-com-o-universo* e alocam-na na terra, na cultura, em um processo conduzido exatamente por aquele *ser* em associação ao qual teve a sua condição existencial estruturada: a mãe, que por isso mesmo habilita-se a oferecer as castrações, os interditos, sem o risco de um rompimento *ser-a-ser* com o filho.

A cada interdito oferecido a criança substitui um prazer parcial por um prazer simbólico sustentado na linguagem, que passa a ser, a partir do nascimento, o estruturante do *ser-no-mundo* no qual a criança será transformada. A partir da linguagem — também um processo conduzido pela mãe nas primeiras fases da vida — a criança se estruturará como *indivíduo* e como *ser social*, em um processo que continuará sendo preponderantemente inconsciente e que nunca terá fim, mas somente terá sentido, continuidade e coesão se adequadamente operado nestas primeiras fases da vida. *Uma tarefa para o cuidado/castração materna.*

No final do processo de castração, quando define a sua condição de *ser-sexual*, estará apto a assumir o seu próprio projeto humano, cuja presença no mundo é agora representado

pelo seu corpo biológico ou *esquema corporal*. A sua *imagem do corpo* foi completamente recalcada e constitui o Isso/Id — inconsciente como depositários das *marcas psíquicas* ou da *energia libidinal* — que dará sentido à sua vida mental que é *a própria essência de estar vivo*, para usar a expressão de Batistella.

Capítulo 6

EXPLORANDO CONFLUÊNCIAS: O DIÁLOGO POSSÍVEL

É preciso falar ao bebê na sua linguagem. A linguagem anterior às palavras. Antes da Babel, da grande confusão. A linguagem do paraíso perdido. (...). É preciso falar por gestos, por mímica, como a um estrangeiro? É preciso ir mais longe, retroceder ainda mais. É preciso reencontrar a língua universal. É preciso falar de amor. (...). Isso mesmo! Falar de amor! Não é essa a língua que toda a natureza fala?

Frédéric Leboyer

Nos dois últimos capítulos procurei apreender o essencial da contribuição teórica de Erik Erikson e Françoise Dolto, particularmente quanto à definição dos conceitos de *confiança básica* e *imagem inconsciente do corpo*, que inscreveram Erikson e Dolto entre aqueles que contribuíram para o engrandecimento do conhecimento científico humano. O texto pontua aspectos relevantes do ambiente, das motivações e das possíveis influências que cada autor recebeu bem como as linhas gerais de raciocínio que seguiram na elaboração dos seus construtos teóricos.

Erikson e Dolto, conquanto partindo de uma base psicanalítica comum — assentada na contribuição freudiana mais geral —, percorreram caminhos metodológicos díspares. Esses autores representam escolas cujos princípios teóricos gerais nem sempre convergem. Erikson figura entre as estrelas da *Psicologia do Ego*, escola psicanalítica hegemônica nos EE.UU. Françoise Dolto destaca-se no plano teórico com uma linha de pensamento muito pouco associável a qualquer outra autor, muito embora não seja difícil estabelecer uma certa proximidade com o pensamento de Lacan, proximidade essa freqüentemente admitida pelo próprio Lacan como vimos na apresentação da autora.

Um possível diálogo entre eles será buscado, portanto, nos aspectos comuns da abordagem e/ou do percurso teórico, bem como naquilo que presumo ser o âmago das suas teorizações e a essência dos respectivos modos de pensar.

6.1 CRIANÇA E MEIO SOCIAL-CULTURAL: imbricamento necessário e obrigatório

Em Erikson e Dolto, no meu entendimento mais do que em quaisquer outros psicanalistas, a formação do psiquismo humano é compreendida incluindo-se os *fatores ambientais*, representados pelos aspectos sociais-culturais — nos quais a criança nasce e se desenvolve — e os *fatores inatos*, que irão definir o modo particular como cada criança promoverá a interação dos fatores ambientais e pessoais.

Para Dolto o nascimento da criança é apenas mais uma etapa — certamente determinante — do processo de formação de um novo *ser*, que como tal começa bem antes.

Começa no desejo dos pais, no desejo de um pelo outro, sustentado na cultura. A criança vai-se definindo, como *ser*, numa “*mesmice de ser*, em uma continuidade narcísica (...)”. (Dolto, 1984: 38). Isto é, o narcisismo da criança, que pode ser tomado como a sua noção intuitiva de coesão interna é parte de um todo, tem continuidade no meio, na cultura. É disso que advém a noção de existência — dirá Dolto. Essa *continuidade narcísica* é assumidamente histórica, preexiste à concepção, funda-se, como dito, no desejo dos pais. “É nesse sentido que a criança é herdeira simbólica do desejo dos genitores que a conceberam” (Id. Ib.: 38). Em outras palavras, a existência da criança está intimamente associada à realidade ética — na medida em que relacional — vivida na experiência de desejo dos pais. A criança vem ao mundo como *ser desejante*, mas já nasce ou é gerada na lógica desejante, que precede o seu nascimento, pois é no desejo — segundo a psicanálise — que se assenta a essência da vida dos seres humanos.

O desejo funda o sujeito e o amarra ao outro, através da linguagem; o que equivale a dizer, através de uma cultura. Uma criança, portanto, dá testemunho da existência no indivíduo daquilo que o faz sujeito, que o faz gente, no sentido psicanalítico. Assim, a criança e o desejo dos pais estão em um *continuum* existencial simbólico, interligados e mutuamente determinados e que somente faz sentido em relação a uma determinada realidade social-cultural.

Erik Erikson, por sua vez, buscou compreender a criança enquanto ser inserido numa cultura. Não apenas no sentido de que essa cultura o conforme após o nascimento, ou que lhe instrumente ou habilite com os recursos necessários ao seu desenvolvimento. Para este autor, estamos todos inseridos em um ciclo de vida, cuja concretização plena depende do seu antecessor, que é inter-geracional. Assim, a criança de três anos, por exemplo, não independe daquela de seis meses, assim como o adulto utiliza-se do estofo que foi lançado na infância. Todas as fases do desenvolvimento humano guardam entre si relação de interdependência, em vista da qual pode-se dizer que o todo tende a ser — ou não — coerente.

Erikson vincula as clássicas fases do desenvolvimento do aparelho psíquico — fase oral, anal e genital — ao seu processo de socialização/humanização. Destarte, enquanto

conforma o corpo físico e organiza as suas energias pulsionais, a criança vai adquirindo traços de personalidade que vão definir comportamentos fundamentais no seu processo de inserção no mundo, o qual é também influenciado pela criança, posto que muito do modo de existência da comunidade adulta define-se a partir da relação estabelecida com a criança. Conclusão a que chegou após uma longa experiência como analista de crianças e adultos e após convivência com duas tribos indígenas americanas. Erikson ressaltou, a partir da sua experiência com os Sioux e Yurok, que

Um dos aspectos mais surpreendentes (...) foi a convergência entre as razões dadas pelos índios para seus antigos métodos de criação de filhos e o raciocínio psicanalítico através do qual passaríamos a considerar os mesmos dados como relevantes e interdependentes. O treinamento em tais grupos, logo concluímos, é o método através do qual a maneira básica do grupo de organizar a experiência (seu etos de grupo, como viemos a chamá-lo) é transmitida para as experiências corporais iniciais do bebê e, através delas, para o início do seu ego.

A reconstrução comparativa dos antigos sistemas de criação dos filhos [nestas tribos] esclareceu muito do que Spitz chamou de 'diálogo' entre a prontidão desenvolvimental da criança e o padrão de atendimento materno proporcionado à criança por uma comunidade. (1998: 25).

O autor demonstrou que os sentimentos tão caros e tão requeridos dos adultos ontologicamente afirmados, como *coragem* (de *ser*), força de vontade, autoconfiança, autoestima, autonomia etc. são sedimentados, em geral, nos primeiros meses de vida. Também neste autor vê-se o *corpo-mente* sendo plasmado como um todo integrado. É no exato momento em que ocorre o ato 'físico' do andar, por exemplo, com a sua gama de fenômenos relacionais adjacentes, que se conforma o sentimento de *autonomia* e *vergonha*, de modo inconsciente. Não necessariamente como conseqüência um do outro, mas como realidades simultâneas.

Vemos, portanto, que Erikson e Dolto vêem a infância como partícipe do ciclo vital humano numa condição de igualdade — em termos de importância e significado — com as demais fases e não apenas como uma espécie de apêndice da fase adulta da vida. Nesse sentido, a forma como uma pessoa chegará à idade adulta ou à velhice guarda relação com a forma como foi gerada, o que, por sua vez irá influenciar a forma como envelhecerá num ciclo infinito e interdependente.

6.2 SOFRIMENTO HUMANO/TRANSTORNO MENTAL: ponto de partida para uma compreensão holística do ser humano

Na secção 4.2 apresentei o ponto de partida das motivações eriksonianas na busca de um entendimento novo sobre o ser humano. O autor lembra que algumas perguntas, embora muito simples, são extremamente embaraçosas porque suscitam contínuas controvérsias. Erikson refere-se, por exemplo, à localização dos *distúrbios neuróticos*, e interroga: estaria no corpo ou na mente; estaria no indivíduo ou na sociedade?

Dolto, por sua vez, teve a sua atenção mobilizada pelas “crianças anormais, retardadas, as que apresentavam distúrbios nervosos ou de carácter” (1988: 131). E, como Erikson, buscava as causas mais profundas desses distúrbios, buscava “o âmago das representações imaginativas do paciente, da sua afetividade, do seu comportamento interior e do seu simbolismo” (Id. Ib.: 132.) Mas o simbolismo ao qual a criança lança mão não fala por si, não dizem das motivações inconscientes sem uma contextualização. “É necessário o contexto” (Id. Ib.), assume Dolto.

Os *distúrbios neuróticos*, conforme descreveu Erikson, ou as crianças do Hospital Bretonneau, atendidas por Dolto, desempenhavam, na época e na condição em que cada autor se situa, papel semelhante ao desempenhado atualmente pelos *transtornos mentais*, grosso modo, ou pela *depressão* em particular, como o seu representante mais importante, conforme definido pela OMS. Atualmente o interesse — particularmente em termos de saúde pública — não está nas *histéricas* de Freud, muito menos nos *neuróticos* de Erikson ou no *outro que sofre*, de Dolto. Hodiernamente não são essas condições clínicas que enchem os consultórios e sobrecarregam os planos de aposentadoria, mas os depressivos, os portadores de síndrome do pânico e os suicidas — *metáforas do nosso tempo* — para usar uma expressão consagrada por Susan Sontag⁴¹. Portanto, poderíamos fazer as mesmas perguntas, quanto às suas possíveis causas e localização. Seriam problemas da mente (*stricto sensu*)? Do corpo? Estariam vinculadas às condições sociais ou seriam decorrentes de suscetibilidades pessoais?

⁴¹ Susan Sontag, autora de *AIDS e suas metáforas* (1989) e *A doença como metáfora* (1984), dentre outros livros, cunhou a expressão aqui utilizada em relação à *aids*, à *tuberculose* e ao *câncer — doença* da qual morreria em

Erikson mostra-se decepcionado ao perceber que as respostas apresentadas, muito embora contemplassem semanticamente as várias categorias envolvidas — corpo, mente e sociedade — de fato não as integravam num todo coerente; apenas as justapunham, de forma que o discurso aparentemente novo somente rebuscava velhas noções. Em lugar das antigas respostas, este autor ousa propor uma nova, que — no seu entendimento — contemplava num todo harmônico e coerente os elementos envolvidos. Não no sentido de substituir algumas dicotomias por outras, ou mais ainda, de substituir as dicotomias corpo/mente e mente/sociedade por uma tricotomia — corpo/mente/sociedade — mas de integrá-las como aspectos do mesmo processo, que em síntese é a própria *vida humana*.

A chave dessa integração, segundo Erikson, estaria no entendimento dos processos vitais humanos a partir do seu referencial psíquico. Ao definir o que chamou de *modos ou modalidades psicosssexuais* em relação aos aspectos *psicossociais* a elas correlacionados, o autor amarra no concreto das pulsões — que dizem do que há de mais humano na vida — o processo de humanização da criança-ser humano. E isso se faz simultaneamente ao seu *desenvolvimento psicossocial*. Assim, o autor integra e articula o processo de desenvolvimento humano nas duas esferas do *ser*: a esfera circunscrita ao íntimo das motivações eróticas — que viabilizam a vida individual — com a esfera das motivações sociais e culturais que viabilizam a convivência coletiva.

Somos seres *geneticamente sociais*, porque o nosso *elan vital* está — desde a concepção — impregnado em nosso *corpo-mente-em-formação*. Erikson não limita nem esgota o processo de humanização em uma etapa da vida. Ao contrário, estabelece um *ciclo vital* do nascimento à morte. E adota o princípio epigenético, segundo o qual cada etapa se constrói em relação à anterior. Assim, das primeiras fases da vida da criança — permeada pelo conflito básico entre *desconfiança* e *confiança* — advirá o sentimento de *esperança* que animará o *ser* em busca da continuidade existencial. Por esse motivo situo no sentimento de *confiança básica* o início de um processo que inoculará — lembrando Giddens — *fé, esperança e coragem* na coerência e continuidade dos processos vitais, de forma a criar um

sentido de segurança ontológica — de ser — que guiará o indivíduo pelas transições, crises e circunstâncias de alto risco. Todo esse processo faz-se simultaneamente *na* criança e *no* meio. Naquela porque em relação ao prazer inconsciente que diz da sua individualidade mais absoluta; neste porque somente faz sentido e pode-se realizar de fato se em relação ao meio social-cultural em que a criança nasce e vive.

Françoise Dolto também empreende uma busca de resposta, resposta para o sofrimento humano, e mais especificamente, para o sofrimento infantil. Marcou a sua vida pela escuta do *outro-que-sofre* e que tinha algo a dizer. Assim como Erikson, rechaçava as respostas por demais prontas. Daí a sua crítica a Melanie Klein, alguém para quem tudo já estava “demasiado teorizado e demasiado construído”. (Roudinesco, 1994: 351).

Dolto também articula no concreto do gozo mediatizado pelas *zonas erógenas* a formação do inconsciente ou Isso⁴² — o pólo pulsional da personalidade — que poderá ser tomado como semelhante à *imagem inconsciente do corpo*.

Esta autora acentua que *a imagem do corpo* “é um Isso [pólo pulsional] já relacional, já tomado em um corpo situado no espaço, autonomizado⁴³ enquanto massa espacial, um ‘Isso’ do qual uma parte constitui um pré-‘Eu’: O de uma criança capaz de sobreviver temporariamente separada do corpo do outro” (2002a: 28). Assim, “as pulsões que emanam do substrato biológico estruturado sob a forma de *esquema corporal*, só podem passar para a expressão no fantasma [fantasia], (...) através da *imagem do corpo*”.(Id. Ib.: 28). Conclui a autora: “*Se o lugar, fonte das pulsões, é o esquema corporal, o lugar da sua representação é a imagem do corpo*” (grifos da autora; 2002a: 28).

Dessa forma, a autora amarra a *imagem do corpo* — lugar das representações ideativas, da fantasia — ao esquema corporal — lugar-fonte das pulsões. “Entretanto, a elaboração desta *imagem do corpo* só pode ser estudada na criança, ao longo da estruturação do seu *esquema corporal*. Nessa perspectiva, a *imagem do corpo* — expressão da vida

responsabilidade.

⁴²Para uma melhor compreensão do Isso/Id, ver capítulo 3.

⁴³Autonomizado é um neologismo que indica um processo de autonomia conduzida por uma outra pessoa. Adquire sentido quando utilizado em relação a uma criança cuja autonomia é promovida pela mãe através de um processo de castrações/interditos que redundará na sua humanização, como visto nas secções 5.8 e 5.9.

inconsciente da criança — faz laço com o *esquema corporal* — lugar de manifestação das pulsões, através das *zonas erógenas*. Para Dolto, é no início da vida que se constitui a *imagem inconsciente do corpo*, em referência às experiências — olfativas, visuais, auditivas, táteis — que têm valor de comunicação à distância com os outros: Inicialmente a mãe e em seguida as outras pessoas do meio social-cultural.

Porém, não havendo um outro relacional; não havendo, portanto, testemunho humano, em face de uma nova experiência sensorial vivida pela criança, esta se esgotaria no *esquema corporal*. Nesse sentido não faria marca inconsciente, não impressionaria — no sentido de marcar — a *imagem do corpo*. Ou seja: para fazer marca psíquica inconsciente, o que implica construir o seu psiquismo, não basta a estimulação, a experiência sensorial vivida, é preciso que essa experiência seja significada pelo outro materno.

Mas a autora lembra que essa experiência pode ser recoberta pela *lembrança* de uma relação simbólica já conhecida. Assume aqui o valor que confere às relações languageiras com a mãe — o outro relacional primevo — nas primeiras fases da vida. O que a autora mostra é o imbricamento entre psiquismo, aqui representado pela *imagem do corpo*, e o meio social-cultural; imbricamento esse mediatizado pelas *zonas erógenas*, como em Erikson.

“É esta trama de relações que permitirá à criança estruturar-se como ser humano. Mais tarde, as relações humanas assim introjetadas, permitirão a relação narcísica consigo mesma (narcisismo secundário)” (Dolto, 2002a: 29). Ou seja: A partir da incorporação de imagens do mundo exterior — de coisas ou de pessoas — desde que mediatizadas pela fala da mãe, a criança estabelece a sua *visão de mundo* e, em um segundo momento, a sua visão de si mesma. Construirá o seu narcisismo, que se converterá em seu passaporte — por assim dizer — para uma relação coesa e coerente consigo mesma e com o meio.

Assim, tanto em Dolto, como em Erikson, a busca por um entendimento acerca das causas e da localização do sofrimento humano levou-os ao entendimento do processo relacional que funda o ser humano, ou que o humaniza. O *ser-que-a-de-vir* é necessária e obrigatoriamente conformado a partir de um processo individual — posto que fundado no

prazer específico de cada um — e social-cultural, posto que se dá através da interação com o *sujeito-que-fala*, e fala de um lugar culturalmente definido.

6.3 MATERNIZAÇÃO E PSIQUISMO INFANTIL:

o papel dos cuidadores

Dentre as críticas que se faz a Freud e à psicanálise em geral, avulta-se como de grande relevância o papel secundário a que relegaram a mulher e a mãe no que diz respeito à formação do aparelho psíquico humano. Ocorrendo o mesmo para com toda a primeira infância. O que não implica dizer que é um papel *não-importante*. A mulher cumpre, a rigor, papel fundamental na mitologia freudiana; mas não se pode negar que esse papel é desempenhado a partir de um lugar passivo em termos de determinação na formação do psiquismo infantil.⁴⁴ Por outro lado, embora tenha buscado compreender a genealogia da libido e nessa busca tenha necessariamente passado pelas fases pré-edípicas do desenvolvimento infantil, ainda assim Freud advoga que a experiência psíquica mais relevante, na infância, diz respeito à formação do *complexo de castração* e do *complexo de Édipo*, fenômenos fundamentais para a formação do aparelho psíquico, ocorridos em torno dos três a cinco anos de idade. Para os freudianos em geral, o complexo de Édipo é

(...) o principal eixo de referência da psicopatologia; (...). A antropologia psicanalítica procura encontrar a estrutura triangular do complexo de Édipo, afirmando a sua universalidade nas culturas mais diversas, e não apenas naquelas em que predomina a família conjugal”.(Laplanche e Pontalis, 2001: 77).

Ainda segundo Laplanche e Pontalis:

a predominância do complexo de Édipo, tal como Freud sempre a sustentou — recusando-se a colocar no mesmo plano, do ponto de vista estrutural e etiológico, as relações edípica e pre-edípicas — , é comprovada nas funções fundamentais que ele lhe atribui: a) escolha do objeto de amor, (...); b) acesso à genitalidade, [pois] A organização genital supõe o primado do

⁴⁴ Na análise do Pequeno Hans (Freud, 1996a) que subsidiou Freud em grande parte da sua formulação teórica acerca do psiquismo infantil, todo o processo psicanalítico é feito entre o pai da criança, a criança e Freud. A mãe desempenha um papel importante, mas somente como *causa de desejo*. Em nenhum momento da análise, Freud procurou conversar com a mãe ou saber que sentimentos ou percepções ela tinha da fobia do garoto ou do processo analítico a que o mesmo estava sendo submetido. Isso não me parece estranho, levando-se em conta a época em que Freud formulou os seus conceitos — primeiros anos do Século XX. Final de uma época (era vitoriana) caracterizada por forte conservadorismo — e que Freud, apesar da sua abertura mental e da sua disposição de desalojar preconceitos, já enfrentava uma importante batalha: dar conhecimento ao mundo que uma criança era, desde a mais tenra idade, animado por desejos.

falo, e dificilmente se pode considerar (...) esse primado sem que a crise edipiana esteja resolvida pela via da identificação(...); c) efeitos sobre a estruturação da personalidade, sobre a constituição das diferentes instâncias [da personalidade]. (2001: 79)

Freud reconhece a existência de um período anterior ao Édipo. Aliás, é de sua autoria o estabelecimento das fases oral, anal e genital — anteriores ao Édipo —, mas o seu *reconhecimento* não implica que ele atribua a essas fases qualquer importância na determinação do psiquismo humano. Mas “quando se diferencia, e até mesmo se contrapõe o pré-edipiano ao Édipo, pretende-se ir além do reconhecimento deste simples fato” (Laplanche e Pontalis, 2001: 79). O que se pretende, do ponto de vista de uma formulação teórica, é o reconhecimento da existência e dos efeitos de uma relação complexa, do tipo dual, entre mãe e filho e das possíveis repercussões dessa relação nas estruturas psicopatológicas, para além da relação triangular estabelecida no Édipo. “Numerosos autores sustentam que existe uma relação [desse tipo], que precede à estrutura triangular do Édipo”. (Id. Ib: 79).

Em 1931, em um texto dedicado ao estudo da sexualidade feminina, Freud volta a abordar uma possível *estrutura pré-edipiana*; admite “(...) ter demorado em reconhecer todo o alcance da ligação primitiva com a mãe e ter sido *surpreendido* pelo que *as psicanalistas*, sobretudo, descobriram da fase pré-edipiana *na menina*” (grifos meus; Freud, 1996c). Mas apesar desta concessão — algo tardia e restrita à menina — Freud jamais abandonou a sua posição primitiva, declarando que “mesmo admitindo-se essa ligação primitiva com a mãe, não considera necessário invocar um outro eixo de referência, externo ao complexo Édipo, para explicar as estruturas psicopatológicas”. (Freud, 1996c).

A dificuldade de compreender a *ligação primitiva com a mãe* e a sua importância para a conformação do psiquismo infantil e humano, Freud debita ao fato de as mulheres que foram por ele analisadas terem conseguido se agarrar justamente à ligação paterna em que se haviam refugiado da fase primitiva, pré-edipiana. (Freud, 1996c). Também reconhece que *as psicanalistas* conseguiram perceber esses fatos com maior facilidade e clareza. Fazia alusão, decerto, às mulheres que haviam abraçado a psicanálise como profissão, dentre as quais, Anna Freud, Karen Horney, Helene Deutsch e Melanie Klein, que à época — cada uma ao seu modo — iniciavam um movimento de descoberta da importância do elemento materno e das

fases pré-edípicas da vida infantil. Freud iria incorrer numa segunda injustiça, ao esquecer os psicanalistas, que iniciavam teorizações igualmente relevantes acerca do período pré-edípico e da importância do elemento materno na conformação do psiquismo infantil, dentre os quais Winnicott, Spitz e Erikson para citar alguns dos mais conhecidos.

A Erikson soava estranho imaginar que todo o período pré-edípico não tivesse relevância na formação do psiquismo infantil, e como corolário de suas investigações — algumas das quais baseadas em conceitos antes desenvolvidos por Winnicott e Spitz — chegou ao conceito original de *confiança básica*, para cuja conformação — como vimos — a mãe desempenha papel preponderante, tanto no que diz respeito à fase de formação do sentimento de *confiança básica* — associada à noção de segurança que a mãe transmite a criança pequena — como com relação à formação do sentimento de *desconfiança básica* — associada ao desmame — que, se bem conduzida, conformará um sujeito dotado do sentimento de *esperança*, como resultado do equilíbrio entre os dois sentimentos antagônicos, mas, afinal, necessários e, de alguma forma, complementares.

Como vimos, tanto os *modos psicossociais* que mediatizam a relação do psiquismo infantil com o mundo exterior — através das zonas erógenas — como as *modalidades psicossociais* que definem a relação da criança com o meio social-cultural no período de bebê têm no elemento materno o seu condutor e fiador privilegiado. Por isso, Erikson advoga que a situação ótima implica na disposição do recém-nascido de obter o que deseja: o leite-peito-mãe; e na disposição da mãe de conceder-lhe o que ele deseja.

Mas Erikson postula, ainda, que esse processo, para desempenhar adequadamente a sua função de elemento significativo no processo de humanização da criança — e não somente fornecedor de alimento —, presume a existência de uma ‘aura geral de calor e mutualidade da qual desfrutam mãe e filho’. Nesse sentido, não se trata apenas de ‘oferecer o peito’. Importa mais o conjunto de fatores implicados nesse gesto de amamentar, que pode, inclusive, como vimos na tradição Sioux, substituir o peito num primeiro momento, desde que as condições presentes na cultura signifiquem este gesto como adequados, pois assim, mãe e filho sentir-se-ão partícipes de um processo social-cultural acolhedor e coerente. Coerência

que no fundo conforma a condição simbólica caracterizada pelo autor como ‘aura geral de calor e mutualidade’.

Seguindo o mesmo raciocínio, Erikson lembra o delicado momento do desmame, gesto que em si incorpora o *modo psicosexual incorporativo* — modalidade prender e morder — em associação com a *modalidade psicossocial* de incorporação do mundo (em sentido simbólico). Nesse momento, em particular, o autor lembra que a perda súbita do seio associada à perda da *presença confortadora da mãe* pode conduzir a sérios distúrbios. Exceto se a cultura tiver gerado formas adequadas e coerentes de substituição.

A condição de *ser plasmador* do vivente humano em totalidade — presumida como *corpo*, através das trocas substanciais; e *mente*, através das trocas sutis — na vida intra-uterina e depois a condição de *ser fiador* dos processos *psicosssexuais* e *psicossociais* que vão conformar a vida mental em associação com a vida social-cultural da criança, pós-parto, confere à mãe o status de ser provedor de atenção preferencial e privilegiado. Mas não apenas seguindo uma tendência instintiva. Para Erikson, a mutualidade da relação mãe-bebê não se justifica apenas “por uma busca instintiva de contato, na cria, e uma provisão instintiva de contato no genitor que completa a função adaptativa daquela (1976a: 85). Pois, segundo este autor, “a experiência amplamente documentada dá conta de que apenas os instintos naturais de sobrevivência não seriam suficientes para prover a necessária regulação mútua entre genitor e cria, no ser humano. [e completa] Como animal o homem não é nada.” (Id. Ib.: 85). Em síntese, posso afirmar, com base em Erikson, que “*o firme estabelecimento de padrões duráveis para a solução do conflito nuclear da confiança versus a desconfiança básicas, na simples existência, é a primeira tarefa do ego e, portanto, antes de tudo, uma tarefa para o cuidado materno*”. (1976a: 229).

Dolto, cujo nome permaneceu fora de toda essa polêmica acerca do olvido freudiano ao período pré-edipiano, somente viria a se incorporar à cena psicanalítica a partir de 1939, o ano de sua formatura em Medicina e, coincidentemente, o ano de morte de Freud. Dolto era freudiana, sem dúvida. Como dissemos na secção em que a apresentamos (secção 5.1.) a sua tese de formatura apresenta e discute, à luz do conhecimento psicanalítico, vários casos

clínicos de crianças por ela tratadas. Na primeira parte a autora faz uma apresentação dos principais conceitos psicanalíticos, todos baseados em princípios freudianos. Mas desde o começo, Dolto marca uma posição de independência conceitual e clínica.

Essa independência vai se refletir na grande importância que dará ao processo de desenvolvimento do psiquismo infantil em períodos pré-edipianos e até mesmo no período intra-uterino e, sobretudo, na elevação do elemento materno à condição de protagonista nesse processo. Dolto foi pioneira de um movimento que somente tomaria corpo bem mais tarde, após o descobrimento e o uso de recursos de investigação intra-útero, que consiste em considerar relevantes a participação dos pais, particularmente da mãe, nos processos gestacionais — para além daqueles restritos ao âmbito físico. Em Dolto, a relação carnal ocorrida entre a criança e a sua mãe se estende como parte integrante de todo o processo de formação da base psíquica do que virá a ser a mente — e a vida por extensão — da criança.

Ao adotar a linguagem como elemento culturalizador por excelência — e não apenas a linguagem falada — Dolto compreendeu que a criança, ao vir ao mundo, já o faz envolta em um manto cultural no qual os seus pais estão. E mais: o próprio gesto de conceber a criança atende a um imperativo culturalmente definido. É no desejo dos pais, que antecede o seu nascimento, que se funda a vida do *ser-que-a-de-vir*. Mas o desejo dos pais não cumpre, como nos animais, apenas a um imperativo biológico, instintivo. O desejo humano é mediatizado pelo discurso, pela linguagem, pela cultura. Por isso, o ser humano é um ser da linguagem, desde a concepção.

Dolto assume aqui o valor que confere às *relações languageiras* da criança com a mãe — o outro relacional primevo — nas primeiras fases da vida, como forma de tornar esse processo de humanização tolerável para a criança, pois a humanização constitui um processo de clivagem da sua simbiose com a mãe. Nesse sentido, a mãe, que plasmou a criança em seu ventre e que garantiu o seu *estar-no-mundo*, tanto do ponto de vista físico como do ponto de vista psíquico, é também a principal responsável pela sua transformação de *ser-uno-com-o-universo* (em simbiose com a mãe — a rigor o *seu* universo) em *ser-na-cultura*. Processo esse constituído de *interditos* que a autora denomina *castrações simbolígenas*.

Assim, a cada interdito ou castração que a mãe vai oferecendo durante esse processo, deve corresponder um conjunto de palavras que re-signifique a falta imposta; de modo a permitir à criança construir um *estoque* de palavras — *objetos transicionais*⁴⁵ sutis — que permitam à criança presentificá-la nas suas ausências, e, dessa forma, tornar tolerável os seus momentos de solidão.

Dolto menciona — a título de exemplo — um encontro desagradável do corpo/esquema corporal da criança com um objeto material — como um tropeção numa mesa — que faria essa criança projetar sobre o objeto as suas fantasias negativamente carregadas, esperando desse objeto um consolo como aquele que teria da mãe em vista de uma situação similar vivida com esta. Porque — segundo a autora — a criança não distingue objetos entre si ou objetos de pessoas, nas primeiras fases da vida. Entretanto, se essa experiência tiver sido anteriormente significada pela mãe em termos de palavras, a criança encontrará em suas imagens registradas ao nível da *imagem do corpo*, a condição de recorrer às suas próprias simbolizações e auto-maternar-se. A recorrência de encontros e desencontros com as ‘massas’ que são pessoas e as ‘massas’ que são objetos, vai conformando no psiquismo da criança a noção de que ela e o mundo — num primeiro momento — e de que ela e a mãe — num segundo momento — não são uma única coisa. Essa clivagem entre a criança e o mundo inicial, e depois entre a criança e a mãe constitui uma primeira tarefa para o cuidado materno.

A partir dessas experiências repetidamente vividas, e suas respectivas falas maternas, dando sentido cultural às experiências vividas, a criança vai definindo relações entre si e os objetos, e entre si e as pessoas. Vai, dessa forma, incorporando o mundo das coisas e das pessoas e fazendo as diferenças. Em algum momento — não igual para todas as crianças, mas situado nos primeiros meses de vida — a criança institui *outros* que não a sua mãe como aptos a desempenhar a tarefa de maternização diante dos encontros desagradáveis. Mas

⁴⁵ Os conceitos de *objeto transicional* e *fenômeno transicional* foram primitivamente estabelecidos por Winnicott “para designar a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, (...)” (Winnicott, 1975: 14). O conceito foi assumido por Dolto que o estendeu para as palavras, as quais designou “*objetos transicionais sutis*”.

primeiramente necessita que esses *outros* sejam ‘autorizados’ pela mãe; sejam significados no papel de *outro* pela mãe — inicialmente o único *não-eu* reconhecido pela criança.

Como em Erikson, o ser materno é mediador tanto do processo subjetivo de formação do psiquismo, na medida em que *é e fornece* objetos de gozo — através das *zonas erógenas* — como o é do processo de humanização, efetuado através das castrações. Dessa forma, a mãe lança uma ponte que vai permitir a passagem do *ser-todo-com-o-universo* plasmado em seu útero para a condição *de ser-na-cultura* após as castrações. Em síntese, através de um processo, *in totum*, conduzido pela mãe, o *ser-todo-desejo* é transformado em *ser-humanizado*. Nesse sentido posso asseverar, com base em Dolto, que o processo de humanização — semelhante ao processo de definição do Ego para Erikson — é também uma tarefa essencialmente materna. Assim, concluo com base nos autores que tanto a construção da *imagem inconsciente do corpo* como os sentimentos que conformarão a noção de *confiança básica* dependem preponderantemente da *qualidade* da relação estabelecida entre a mãe — como provedor privilegiado de atenção e cuidados — e seu/sua filho/filha.

6.4 DESEJO DE SER, CORAGEM DE SER: propulsores inconscientes da personalidade infantil coesa e equilibrada

O ser humano eriksoniano está sempre antepondo um sentimento sintônico — dito positivo — a um sentimento distônico — dito negativo, de cuja antítese emerge como síntese uma *força* ou *virtude psicossocial*. Particularmente nos primeiros meses de vida — denominado pelo autor *período de bebê* — sobressai-se como *virtude psicossocial* em vista do conflito nuclear entre *confiança* e *desconfiança básicas*, o sentimento de *esperança*, que está na origem da *coragem de ser*, expressão tomada de Tillich que poderia resumir o que Erikson anuncia como um “estado geral de confiança [que] implica não só que o indivíduo aprendeu a confiar na uniformidade e continuidade dos provedores externos, mas também que pode confiar em si mesmo” (...).” (1976a: 228). Nesse sentido, concordo com Giddens quando este autor vincula a *coragem de ser* com a noção de *confiança básica*, e estabelece uma relação de

reciprocidade entre as duas. Ambas fundamentadas na forma como se estabelecem as relações entre a criança e os seus cuidadores, nas primeiras fases da vida:

A confiança no fundeamento existencial da realidade (...) se funda na crença na confiabilidade das pessoas, adquiridas nas primeiras experiências da criança através da atenção amorosa das primeiras pessoas a cuidarem da criança. O que Erik Erikson, ecoando D.W. Winnicott, chama de confiança básica. (...). A experiência da confiança básica é o núcleo daquela ‘esperança’ (...) que Tillich chama de ‘coragem de ser’.

Liga de maneira decisiva a auto-identidade à apreciação dos outros (...) e, [nesse sentido], pode ser vista como uma espécie de *inoculação emocional* contra ansiedades existenciais — uma proteção contra ameaças e perigos futuros que permite que o indivíduo mantenha a esperança e a coragem diante de quaisquer circunstâncias debilitantes que venha a encontrar mais tarde. (Giddens, 2002: 41; 43).

Em Françoise Dolto sobressai-se a noção de *desejo de ser*, articulado através de uma *imagem do corpo*, conformada inconscientemente, e que para a autora representa

A síntese viva de (..) experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas (...). Ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo (...) seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu... (2002a: 14-15).

Dolto afirma que “a visão do mundo da criancinha é conforme a sua *imagem do corpo...* e depende dela” (2002a: 26). Nesse sentido, podemos inferir que a *imagem do corpo* — lugar do desejo — justifica e dá consistência ao indivíduo como *ser desejante* no mundo. Desde antes do nascimento pelo desejo de incorporar matéria e aumentar a sua massa carnal. A partir do parto, a *criança-toda-desejo*, cuja realidade existencial se confunde com a sua *imagem do corpo* — vale dizer com o seu psiquismo — é chamada a exercer o seu *desejo-de-ser* pela inalação inicial, sob pena de perecer como ser biológico e, por conseguinte, como ser total. A criança é, então, lançada no mundo, na cultura e, conduzida pela mãe, receberá as castrações — interditos humanizantes — associado aos quais desenvolverá capacidades relacionais que no fundo são manifestações do desejo de se converter em um ser “autonomizado” e coeso, na sua relação consigo mesmo — pela *imagem funcional* — e com o outro/meio — pela *imagem erógena* —. Através de um processo mediatizado pela mãe e sustentado na linguagem. Ao final do processo de castrações, o ser-de-desejo (*passivamente* desejante) ter-se-á convertido em sujeito-de-desejo. Apto a prosseguir na construção do seu

projeto de homem/mulher, enfrentando as delícias e os desafios que a condição de sujeito lhe faculta e impõe.

Assim, os sintomas psíquicos, quaisquer que sejam, comprometem em maior ou menor intensidade a *liberdade de viver* — entendida miticamente como aquela experiência plena vivida no útero que funciona como ideal buscado, embora jamais alcançado —, e fazem aflorar no esquema corporal a linguagem inconsciente da *imagem do corpo*, do psiquismo.

Esses sintomas são também meios de expressar o sofrimento de um ser humano atingido em seu narcisismo, ligado ao cruzamento da imagem do corpo com o esquema corporal, o qual apoiado — de castração em castração — a uma ética inconsciente, assegura a continuidade das estruturas psíquica e sexual. Esta continuidade das estruturas psíquicas e sexuais é a condição da articulação do sujeito — que enquanto inconsciente, não é nem temporal nem espacial — com o esquema corporal, que participa do Eu, e que representa o sujeito no mundo, e pelo qual o sujeito se objetiva em seus comportamentos (Dolto, 2002a: 310). Dessa forma, posso afirmar com base na autora, que a criança cuja conformação da sua *imagem do corpo* foi feita de forma adequada, constituiu-se como sujeito capaz de suportar as castrações/interditos que necessariamente se seguem para que o seu processo de humanização se faça, em harmonia com o meio cultural e com as expectativas do seu *ser no mundo*.

Concluo, com base no trabalho de ambos os autores, que da adequada conformação do psiquismo da criança — consubstanciado na sua *imagem inconsciente do corpo* — em associação com as castrações que lhe vão humanizar, segundo Dolto; e no sentimento de *confiança básica*, adequadamente balanceado com o sentimento de *desconfiança básica*, segundo Erikson, define-se um sujeito apto a desempenhar na vida o papel que se lhe impõe, por si mesmo, e em relação às expectativas do meio social-cultural no qual se desenvolve. Nesse sentido, o ser humano, que tem início como *ser-de-desejo no corpo-um-com-o-universo*, na vida intra-uterina, se afirma posteriormente como portador de um *desejo-de-ser de corpo-humanizado* na vida social-cultural, que vai se concretizar no cotidiano como *coragem de ser*, tal como definido por Tillich (vide capítulo 3).

Capítulo 7

LAÇOS MÃE-FILHO(A) E TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS INFANTIS

**Quando a vida está mais dura,
mais vida, ninguém como a mãe
pra agüentar a gente.**

Mário de Andrade

Uma questão a retomar diz respeito às eventuais influências que a desagregação familiar — notadamente aquela representada pela saída do elemento materno para o mercado de trabalho — poderia ter tido no desenvolvimento de personalidade mais propensas aos *transtornos mentais e comportamentais*. O estudo da formação do psiquismo infantil, feito com base nos dois autores escolhidos, permitem concluir pela existência dessa vinculação, em vista da importância da mãe na conformação do que Erik Erikson denominou *confiança básica* e Françoise Dolto, *imagem inconsciente do corpo*.

É possível afirmar, com base nesses autores, que as crianças afastadas de suas mães por tempo prolongado, nas primeiras fases do desenvolvimento, apresentam maiores possibilidades de desenvolver condições de vida mental que lhes torne mais sensíveis aos *fatores estressores* do meio. Isso implicaria, por fim, no desenvolvimento de personalidades mais propensas aos *transtornos mentais*.

No mesmo sentido, acredito ter reunido argumentos suficientes para apresentar uma primeira resposta à preocupação exposta no início da pesquisa — e que na verdade foi seu ponto de partida: o número relativamente maior de crianças portadoras de *transtornos mentais e comportamentais* de Nova Esperança/Blumenau em relação à cidade de Águas Mornas, consubstanciado no alto consumo de drogas psicoativas e/ou distúrbios depressivos e tentativas de suicídios, poderia ter relação com as condições de vida verificadas nos mesmos, quais sejam: uma situação de relativo ‘abandono’ psicológico e emocional por parte dos pais da comunidade de Nova Esperança/Blumenau em vista das condições de trabalho e emprego a que estão submetidas. Diferentemente do que ocorre no município de Águas Mornas, onde, também em vista das relações de trabalho, não se verifica essa situação de abandono, conforme mostrado no primeiro capítulo.

Reconheço que a confirmação dessa hipótese é uma tarefa de difícil execução, particularmente dentro dos limites temporais de um curso de Mestrado. Teria que me defrontar com inúmeras variáveis e observá-las por um tempo longo. Mas acredito que os dados estatísticos disponíveis, particularmente aqueles arrolados no Relatório sobre saúde mental no mundo da OMS (OMS/OPAS, 2001), conformam um *corpus* empírico da maior

relevância. Parto, portanto, desses dados e intento construir uma explicação possível, acerca das possíveis causas do aumento significativo que se tem verificado na incidência de *transtornos mentais e comportamentais* na população mundial, particularmente na população infantil. O que julgo residir — pelo menos em parte — na falta das condições adequadas ao desenvolvimento nas crianças do sentimento de *confiança básica*, tomando Erik Erikson como referencia, ou a consolidação da *imagem inconsciente do corpo*, se nos basearmos em Françoise Dolto.

Em ambas as formulações, as quais julgo consistentes e suficientes para uma adequada compreensão do processo de formação do psiquismo infantil, dá-se relevância às condições de afeto e cuidados que se têm tornado progressivamente mais raras em vista do processo de trabalho engendrado a partir, sobretudo, do advento das modernas relações de mercado, que não propiciam e nem mesmo toleram as condições familiares, de bairros, comunitárias e societárias que permitam à criança criar sentimentos de fé e esperança na coerência dos processos vitais e existenciais, cuja falta, posso asseverar, em acordo com a OMS, *gera crianças com mais probabilidade de desenvolver transtornos mentais e comportamentais na infância ou numa fase posterior da vida*, conforme vimos no primeiro capítulo desta dissertação.

CONCLUSÃO

A psicanálise diz das motivações inconscientes que estão no fundamento do sujeito. Sujeito de desejos, condição que nos torna gente. Assumo e parto do princípio de que parcela importante da nossa condição de *ser* assenta-se em bases inconscientes, que por sua vez se definem, em termos dos seus traços gerais, nas primeiras fases da vida, compreendendo inclusive o período de gestação. Com isso não advogo a imutabilidade de traços comportamentais ou um determinismo inexorável, mas tão somente a contribuição importante — diria mesmo decisiva — que esses fatores inconscientes desempenham em toda a nossa vida. Procurar compreendê-los é, a meu ver, procurar compreender-nos.

A criança é um ser em formação. É consenso científico — e fato aceito pelo senso comum — que *condições adequadas* propiciam desenvolvimentos infantis mais satisfatórios. O que nem sempre parece tão claro é o que poderíamos definir, sem controvérsias, como *condições adequadas* e em que termos exatamente uma coisa deva ocorrer como conseqüência da outra. Não parece haver caminhos fáceis para definições dessa natureza. Rigorosamente falando talvez nunca venhamos a estabelecer com precisão uma relação desse tipo; ou seja, talvez jamais venhamos a saber por que algumas pessoas desenvolvem certas características comportamentais ou de personalidade e outras aparentemente submetidas às mesmas condições não o fazem.

Recentemente foi incorporada ao rol de termos técnicos, no âmbito da psicologia, a palavra resiliência, derivada do inglês *resilient* — usada comumente na mecânica — onde tem o mesmo sentido que lhe foi dada no âmbito humano: elasticidade, capacidade de voltar à condição original quando submetida a uma tensão, resistência aos fatores de estresse que uma estrutura pode suportar. Na mecânica, certas propriedades específicas da composição atômica e/ou molecular do material lhe conferem essa característica. De um ser humano dito *resiliente* se espera uma maior capacidade de resistir aos fatores estressores sem *deformar* significativamente a sua personalidade, ou uma certa *imunidade psicológica* quando submetido às agressões perpetradas por outros seres humanos ou em vista das adversidades do

meio ambiente. A continuar a comparação, haveremos de nos perguntar: que características intrínsecas do *material* de que seja formado tornará um sujeito mais ou menos resiliente?

Essa talvez seja uma pergunta que poderíamos responder se as tentativas dos psicólogos experimentais do início do século passado houvessem logrado êxito na descoberta de uma presumível *unidade mental básica*, conforme tencionavam, que desse conta da ‘composição’ da mente humana. Mas como foi mostrado no capítulo 3, esse intento fracassou. Desse modo continuamos sem uma definição precisa acerca dos fatores que conformam um sujeito saudável. E até mesmo a própria noção de *saudável* passa por constantes adaptações e correções. Em cada tempo e em cada lugar a cultura define os parâmetros que nortearão os critérios de normalidade.

Em nosso tempo atual vivemos um período de grande perturbação. O sujeito humano não tem conseguido absorver as tensões que as escaramuças do dia-a-dia têm oferecido. Particularmente no que diz respeito à saúde mental, é muito difícil olhar para o panorama mundial e não ser tomado de alguma apreensão, sobretudo se atentarmos para a saúde mental infantil. O relatório da OMS/OPAS de 2001 sobre esse tema, intitulado *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*, que me serviu de base para a conceituação efetuada no início desta dissertação, delinea um quadro que inspira reflexões.

Assiste-se ao deflagrar de uma ‘onda’ de *transtornos mentais* e comportamentais em crianças, cujos fatores determinantes eu procurei localizar na desagregação dos laços estabelecidos entre a criança pequena e os seus provedores de atenção, com destaque para a figura materna. Conclusão a que cheguei em parte pela assunção que a própria OMS faz — baseada em vários estudos — de que os fatores estressores a que uma criança é submetida, sobretudo nas primeiras fases da vida, podem definir condições que lhe exponha a maiores riscos quanto à sua saúde mental presente e futura (OMS/OPAS, 2001), e em parte pelos estudos empreendidos acerca da formação do psiquismo infantil, com base em referenciais psicanalíticos, mormente em Erik Erikson e Françoise Dolto.

Confiança básica, como definida por Erikson, e *Imagem inconsciente do corpo*, conforme Dolto, fornecem um instrumental de análise que nos habilita a uma melhor

compreensão do fenômeno social-cultural representado pelos *transtornos mentais e comportamentais* — particularmente aqueles que incidem sobre a população infantil — e sua vinculação com a formação do psiquismo. Os conceitos mencionados permitem uma compreensão do universo mental infantil, levando-se em conta os vários aspectos envolvidos no problema, em particular a inequívoca, inescapável e necessária vinculação entre a criança e o seu meio social-cultural, no qual se insere — dentre outros — a relação estabelecida com os provedores de atenção, especialmente a mãe. Erik Erikson e Françoise Dolto conferem à qualidade da relação estabelecida entre a mãe e o/a seu/sua filho/a, sobretudo nos primeiros meses de vida, papel determinante para a conformação de uma estrutura mental que dote a criança das condições necessárias ao seu desenvolvimento, de modo a lhe permitir transitar por entre as condições de riscos existenciais — sempre presentes — de maneira coesa, coerente e equilibrada, tolerando e até mesmo aceitando, sem grandes perturbações, os fatores estressores como co-partícipes da vida.

Creio ter encontrado nestes dois autores uma explicação possível para o entendimento desses transtornos, situando-os como epifenômenos de um fenômeno básico anterior: o estado de abandono emocional a que nossas crianças estão submetidas em vista das condições impostas pelas circunstâncias das relações humanas vigentes no nosso tempo, notadamente aquelas vinculadas às relações de trabalho. Circunstâncias essas que inviabilizam que mãe possa ser mãe e pai possa ser pai, para propiciar à criança a chance de ser filho/a, com tudo que essa condição demanda e implica.

Não pretendo com isso acorrentar papéis, defender uma volta das mulheres aos lares. Ao contrário, creio na crescente responsabilização do casal no tocante aos cuidados com os filhos e na certeza de que condições de vida mais humanas permitem uma melhor convivência e administração da rotina familiar e, por conseguinte, dos cuidados com os filhos. Defendo, porém que é chegado o momento de uma reflexão profunda acerca dos estilos e condições de vida a que todos nós estamos submetidos.

Tenho efetuado inúmeras leituras — algumas das quais arroladas na bibliografia — que denunciam esse esfacelamento dos laços sociais, em vista de uma crescente exigência do

mercado, alçado à condição de árbitro supremo do *jogo da vida*. Observo — com apreensão — que para esse mercado e seus processos de reprodução, a criança ocupa um *não-lugar*. Nessa perspectiva quebra-se a noção de *ciclo intergeracional* (Erikson) ou de *continuidade narcísica* (Dolto) como condição ética necessária a um *continuum existencial* do ser humano, tanto no sentido individual — coesão interna —, como no sentido coletivo — coerência nos processos comunitários —, que consubstanciam as condições propícias à conformação de aparelhos psíquicos que favoreçam a saúde mental infantil e, por extensão, humana.

O documento da OMS não deixa dúvidas sobre a gravidade da situação. Mas esse mesmo documento aponta possíveis saídas, e não por acaso intitula-se *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. A OMS, ao discutir a questão da saúde mental e ao ressaltar que *falar em saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes* (vide Introdução), dá um grande passo no sentido de buscar o enfrentamento dessa problemática. E reconhece que é uma tarefa afeita à saúde pública. O Relatório sintetiza a preocupação que amplos setores da sociedade, incluindo sociedade civil organizada, autoridades sanitárias, políticos e setores acadêmicos têm demonstrado com relação à saúde mental. Para a OMS:

Os vínculos essenciais entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento e progressão dos transtornos mentais e comportamentais constituem a base de uma mensagem de esperança para os milhões que sofrem (...).

Esta mensagem é um chamado à ação visando reduzir a carga [patológica] estimada em 450 milhões de pessoas com transtornos mentais e comportamentais. De uma perspectiva da saúde pública muita coisa se pode fazer para reduzir a carga dos transtornos mentais, [tais como]:

- Formular políticas destinadas a melhorar a saúde mental das populações;
- Assegurar acessos universais a serviços apropriados e econômicos, inclusive serviços de promoção da saúde mental e de prevenção;
- Garantir a atenção e a proteção adequada dos direitos humanos dos pacientes institucionalizados com transtornos mentais mais graves;
- Avaliar e monitorizar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis tais como mulheres, crianças e pessoas idosas;

- Promover estilos de vida saudáveis e reduzir os fatores de risco aos transtornos mentais e comportamentais tais como: ambientes familiares instáveis, sevícias e inquietação civil;
- Apoiar uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano;
- Fortalecer a pesquisa sobre as causas dos transtornos mentais e comportamentais, o desenvolvimento de tratamentos eficazes e a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde mental.

(OMS/OPAS, 2001: 16 – Relatório completo).

Em termos de Brasil, a discussão acerca da saúde mental vem ocorrendo no bojo das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e em sintonia com a discussão da Reforma Sanitária. Em 2001, no mesmo ano em que a OMS lançou o seu Relatório, ocorreu em Brasília, nos dias 11-15 de dezembro, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde-CNS. Dentre as propostas aprovadas para subsidiar as ações do Poder Público quanto à elaboração de uma Política Nacional de Saúde Mental, estão algumas vinculadas especificamente à saúde mental de crianças e adolescentes, que, pela importância do debate que encetou e pela conveniência para o tema discutido nesta dissertação, fiz constar em anexo (anexo IV).

Não pretendo — e nem poderia — imputar toda a gama de problemas que uma formação social complexa engendra a alguns poucos fatores. Ao contrário, propugno pela apreciação do maior número possível de variáveis. Mas sei também que a construção científica — qualquer que seja o entendimento que se tenha dessa construção — é necessariamente parcial. Concordo com Freud quando diz, a propósito da busca de conhecimento, que “cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido” (Freud, 1996a: 94). Nesse sentido, busco a compreensão do real, consubstanciado nos *transtornos mentais e comportamentais* infantis, a partir da contribuição de dois autores, aparentemente dissonantes — embora se baseiem num referencial comum —, e o faço com a intenção mesma de buscar uma aproximação. Visualizei nas contribuições de Erik Erikson e Françoise Dolto a possibilidade de um diálogo, que se torna possível, a meu ver, em vista da escolha que os dois

fizeram do elemento norteador de suas teorizações: a qualidade do afeto dispensado às crianças nas fases iniciais do seu desenvolvimento, cujo agente preferencial é a mãe.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ÁFRICA Selvagem. Produção de Larrouse/Altaya. São Paulo: Partridge Filmes Ltda, 1993. Coleção enciclopédia da vida selvagem. Vol. 1, videocassete.

ALENCAR, Eunice M.L.S. de. *Psicologia-introdução aos princípios básicos do comportamento*. Petrópolis: Vozes, 2002.

ARAGÃO, Luiz T. de et al. *Clínica do Social*. São Paulo: Escuta, 1991.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC editora, 1981.

BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado-o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BATISTA, Rosa e CERISARA, Beatriz. *A rotina do dia-a-dia na creche*. Dissertação de Mestrado/UFSC, Florianópolis: 1998.

BATISTELLA, Everton Marcos. *Teoria de Santiago: novo paradigma para a condição humana?* Consciência 1, v. 18, Palmas-PR, UNICS, 2004.

BAUER, Martin W. e GASKEL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

BEARD, Ruth M. *Como a criança pensa*. 9. ed. São Paulo: IBRASA, 1991.

BENJAMIN, Walter. *Reflexões: a criança o brinquedo a educação*. São Paulo: Summus Editorial, 1984.

BENOIT, Pierre. *Psicanálise e Medicina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1989.

BERGONSON, Nelson e MANZIN, Eduardo J. *Brincando com as neuroses: relação pais&filhos*. São Paulo: Hermes Editora, 1989.

BIGRAS, Marc. *Teoria do Apego, família e violência*. In. Texto e Contexto – Enfermagem-UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Família e Violência. V. 8, n. 2, Maio-Ago. Florianópolis: 1999.

BOEREE, C. George. *Erik Erickson 1902-1994: teorias de la personalidad*. Endereço eletrônico: <<http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>> Acessado em: 15/04/05.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Lei n. 8080*, de 19 de Setembro de 1990.

BRAZELTON, T. Berry. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: editora Cultrix, 1982.

CHEMOUNI, Jacquy. *História do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

CEATOX/FMUSP-Centro de Assistência Toxicológica do Hospital das Clínicas/Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://www.hcnet.usp.br/CEATOX/ceatox.html> >. Acessado em 12/04/2005.

CHAPMAN, A. H. *Crianças são os melhores psicólogos*. Rio de Janeiro: José Olímpio Editores, 1984.

CHRISTOPHERSEN, Edward R. e LEVINE, Melvin D. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1992. 3 v.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. Relatório final. Brasília: Conselho Nacional De Saúde/MS, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/anexos/III_ConferenciaNacionalSaudeMental_RelatorioFinal.pdf>. Acessado em 12/abril/2005.

CORDÁS, Táki Athanássios et al. Transtornos alimentares. In. ITO, Lúcia M. e colaboradores. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

COUTINHO, Ângela M.S. *As crianças no interior da creche: a educação, os cuidados nos momentos de sono, higiene e alimentação*. Dissertação de Mestrado/UFSC Florianópolis: 2002.

DANGELO, J. G. e FATTINI, C. A. *Sistema Nervoso*. In: *Anatomia Humana Básica*, pp. 52-88. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

DATASUS-Departamento de Informações e Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em : <www.datasus.gov.br>. Acessado em 12/abril/2005.

DESCARTES, René. *Discurso do método*. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os pensadores).

DOLTO, Françoise. *Tudo é Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2002a

_____. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002b.

_____. *Psicanálise e Pediatria*. São Paulo: Editora LTC, 1998.

_____. *Auto-Retrato de Uma Psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

_____. *Inconsciente e Destinos*-Seminário de Psicanálise Crianças. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1989.

_____. *O Caso Dominique*-Relato exaustivo do tratamento analítico de um adolescente, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

- _____ e HAMAD, Nazir. *Destinos de Crianças-Adoção, Famílias, Trabalho Social*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- DUPUIS, Jacques. *Em nome do Pai*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1989.
- ECO, Umberto. *Como se Faz uma Tese*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1994. v. 1.
- ELLIOT, Alison J. *A Linguagem da Criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1982.
- ERIKSON, Erik H. *Um Modo de Ver Las Cosas*. Escritos selectos de 1930 a 1980. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
- _____. *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- _____. *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976a.
- _____. *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1976b
- FALAR a verdade. Produção de Elisabeth Colonel e Arnaud Mezamat. Paris: Editions Montparnasse/Abacaris Films, 1983. VHS, 55 minutos.
- FALK, João Werner. *A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectivas*. In: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Vol. 1, número 1, abril, 2004. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade-SBMFC.
- FORNA, Aminatta. *A Mãe de Todos os Mitos*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
- _____. *História da Loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- FREUD, Anna. *Infância Normal e Patológica*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. X: duas histórias clínicas (O Pequeno Hans e o Homem dos Ratos)*, edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.
- _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII: Além do principio do prazer e outros*, edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.
- _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XXI: Sobre a sexualidade feminina*, edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.
- _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, volume Vol. XXII: Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos*, edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

GALIMARD, Pierre. *A criança de 6 a 11 anos: desenvolvimento da inteligência, amadurecimento afetivo, desenvolvimento da vida social, atritos familiares*. 5. ed. São Paulo: Ed. Paulinas, 1987.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e Identidade*. São Paulo: Jorge Zahar, 2002.

_____. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIL, Antonio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIRADO, Marlene. *Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono*. São Paulo: Summus Editorial, 1986.

HADDAD, Gerard. *O dia em que Lacan me adotou: minha análise com Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud editora, 2003.

HELLER, Peter. *As cartas de Anna Freud a Eva Rosenfeld*. Rio de Janeiro: Imago: 1994.

HORNEY, Karen. *A Personalidade Neurótica do Nosso Tempo*. São Paulo: DIFEL, 1984.

IGNÁCIO, Renatte K. *Criança querida: o dia-a-dia das creches e jardim-de-infância*. São Paulo: Antroposófica-associação comunitária Monte Azul, 1995.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 12/abril/2005.

ITO, Lúcia M. e colaboradores. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

JERUSALINSKY, Alfredo. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Artes & Ofício, 1999.

KLEIN, Melanie. *Inveja e Gratidão: Um estudo das fontes do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11-Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985.

_____. *O Seminário, livro 1-Os Estudos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1986.

_____. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LALANDE, André. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

- LA TAILLE, Ives de et al. *Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão*. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 1992.
- LAURENT, Eric. *Versões da Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- LEBOVICI, Serge e SOULÉ, Michel. *O conhecimento da criança pela psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- LEBOYER, Frédérick. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- LEDOUX, Joseph. *O cérebro emocional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.
- LEDOUX, Michel H. *Introdução à Obra de Françoise Dolto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991. (coleção Transmissão da Psicanálise, vol. 20)
- LOCKE, J. *Ensaio Acerca do Entendimento Humano*. 3ª ed. São Paulo: Victor Civita, 1983. (Coleção Os Pensadores)
- LORENZER, Alfred. *Arqueologia da psicanálise-intimidade e infortúnio social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1984.
- MAY, Rollo. *A Descoberta do Ser*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
- MIELNIK, Isaac. *O Comportamento Infantil*. 4. ed. São Paulo: IBRASA, 1993.
- MOFFAT, A. *A Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1984.
- MORTIMER, Jeylan T. e FINCH, Michel D. *Work, family and adolescent development*. In MORTIMER, Jeylan T. e FINCH, Michel D. (edit.) *Adolescents, work and family*. London/New Delhi: Sage Publications, 1996a. p.01-24.
- _____. Future directions for research on adolescents, work and family. In MORTIMER, Jeylan T. e FINCH, Michel D. (edit.) *Adolescents, work and family*. London/New Delhi: Sage Publications, 1996b.
- MURAHOVSKI, Jayme. *Pediatria-Diagnóstico e Tratamento*. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.
- NASIO, J. David. *Lições Sobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1997. (coleção Transmissão da Psicanálise 11)
- _____. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1995. (coleção Transmissão da Psicanálise 41)
- NUTTIN, Joseph. *A Estrutura da Personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- OLIVEIRA, Walter Ferreira de. *Educação Social de Rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

- OMS/OPAS-Organização Mundial de Saúde /Organização Pan-Americana de Saúde. *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra: 2001. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms2.html>>. (Resumo) e <<http://www.inverso.org.br/blob/67.pdf>> (Relatório completo). Acessado em 12/abril/2005.
- PACHECO, Wilson, et al. *Análise quantitativa comparativa dos casos de suicídios ocorridos no período de 2000 a 2003, na Grande Florianópolis-SC*. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/anais/Wilson%20Pacheco%20e%20outros.pdf>>. Acessado em: 12 de Abril de 2005.
- PEDERSOLI, J. L. e WELLINGTON, C.G. *Biologia..* Belo Horizonte: Ed. Lê, 1990. v.3.
- PETOT, Jean-Michel. *Melanie Klein: primeiras descobertas e primeiro sistema 1919-1932*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991.
- PERESTRELLO, Danilo. *Perturbações emocionais devido à separação mãe-filho*. Disponível em: < <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=37&art=142> >. Acessado em: 12/03/03.
- PIAGET, J. *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus, 1994.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. *Economia e Turismo*. Disponível em: < <http://www.ufsc.br/Blumenau/economia.html> >. Acessado em 12/abril/2005.
- POLLAK, Daniel F. e ATRA, Edgard. *Fibromialgia*. In PRADO, Felício C. RAMOS, Jairo A. VALLE, José R. *Atualização terapêutica*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2002.
- PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acessado em 12/03/2005.
- REIS, Regina Lúcia R. e FIGUEIRA, Ivan Luiz de V. *Transtorno depressivo e suicídio na infância e adolescência*. São Paulo: Pediatria Moderna, Vol. 38, n. 6, Jul/2002.
- RIEF, Philip. *Freud: pensamento e humanismo*. Interlivros, Belo Horizonte, 1979.
- ROSO, Mirélia C. Fobias específicas. In. ITO, Lúcia M. e colab. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ROSENBERG, Adam A. & THILO, Elizabeth H. *The newborn infant*. p. 41-42. In: WILLIAM, W. H., GROOTHUIS, J.R., HAYWARD, A. R. & LEVIN, M.J. *Pediatrics Diagnosis & Treatment*. Denver: A lange medical book, 1995.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Lacan: Esbozo de una vida, história de um sistema de pensamento*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, Argentina: 1994.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SAYERS, Janet. *Mães da Psicanálise*-Helene Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melanie Klein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1992.

SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SCHACHTER, R e McCAULEY, C. *Meu filho tem medo*. São Paulo: Saraiva, 1990.

SOLMS, Mark. *Freud está de volta*. In: Scientific American Brasil, n. 5, São Paulo: Editora Duetto, junho/2004.

SONTAG, Susan. *A aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

_____. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SPITZ, René A, *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SPPC-Sociedade Paulista de Psiquiatria clínica. Disponível em:
<<http://www.sppc.med.br/infancia.html>>. Acessado em 12/abril/2005.

STANT, Margareth. *A criança de 2 a 5 anos: atividades e materiais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

STEINER, Rudolf *A atuação do cosmo na formação do organismo humano: conferências dadas em Dornach em 20,22, 23 de outubro e em Stuttgart em 09 de dezembro de 1922*. São Paulo: João de Barro Editora, 2004.

TILLICH, Paul. *A Coragem de Ser*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

TOBAR, Frederico e YALOUR, Margot R. *Como Fazer Teses em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

TOFFLER, Alvin. *A Terceira Onda*. Rio de Janeiro: Record, 1980

_____. *O choque do futuro*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1970.

TOURINHO, Ribamar. *A Criança de Sucesso-Relacionamento de Pai para Filho*. Teresina: Halley, 1999.

TU escolheste nascer. Produção de Elisabeth Colonel e Arnaud Mezamat. Paris: Editions Montparnasse/Abacaris Films, 1983. VHS, 55 minutos.

UNICEF-Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Infecções Respiratórias Agudas na Infância: Manejo de Casos e o Papel da Terapia Medicamentosa*. In: *A Prescrição*. São Paulo: Editora da USP, 1992.

VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WALLERSTEIN, Robert S. *O desenvolvimento e a transformação da psicologia do ego americana*. In: The Journal of the American Psychoanalytic Association, Vol. 50, n. 1. Última atualização em 28/05/2002. Endereço eletrônico: <http://www.apsa.org/japa/501_port.htm>, acessado em 12/abril/2005.

WERNER, Dennis. *O Pensamento de Animais e Intelectuais: evolução e epistemologia*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

WIKIPEDIA-A enciclopédia livre. *Sonho*. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sonho>>. Acessado em 12/abril/2005.

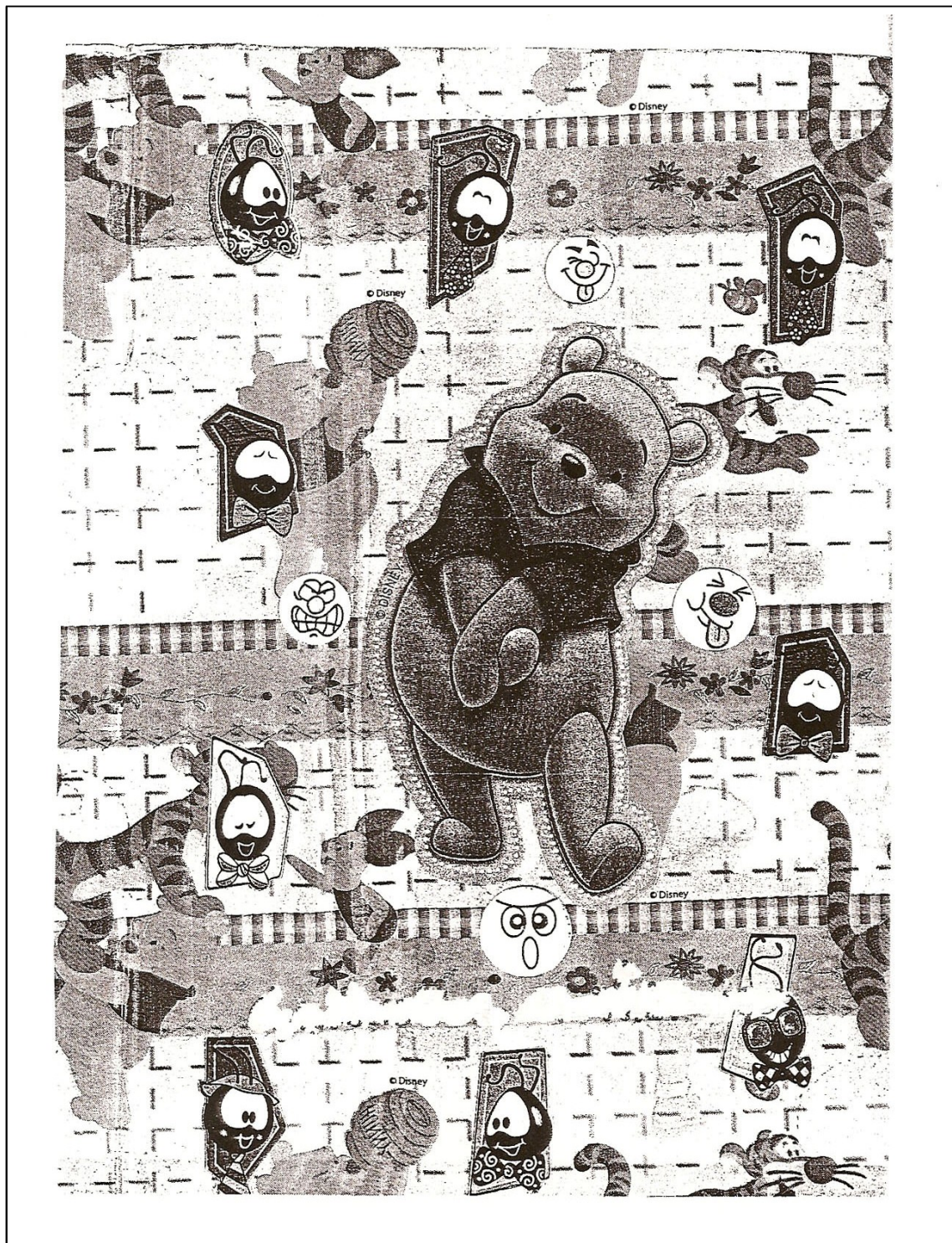
WINNICOTT, D.W. *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa, 1982.

_____. *A Criança e o Seu Mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

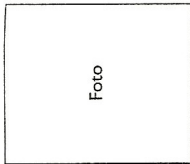
Anexos

Anexo 1

Excertos do Cartão da Criança – Carteirinha de vacinação de G.M.V.



Identificação



Foto

Nome: S. M. Justino

Data de nascimento: 19/12/03 Sexo: masculino

Local: maternidade Carmela Dutra Hora: 14:37

Município: Azariópolis UF: SC

Nome do pai: M. C. Justino

Nome da mãe: Concilio

Grupo sanguíneo: A ⊕ Rh: _____

Registro de nascimento: _____

Nome do cartório: _____

Nº de registro: _____ Data: 20/12/2003

Nº da Declaração de Nascidos Vivos: _____

Nº do cartão do SUS: _____

Nº de inscrição no Programa Capital Criança: _____

Nº da carteira de identidade: _____

Nº do CPF: _____

Este é o primeiro documento de identidade do seu filho.



8

Anamnese neonatal



Dados do parto e do recém-nascido

Dados do parto

Tipo de Parto Vaginal Cesáreo Indicação Maternidade Carmela Dutra

Local Maternidade Carmela Dutra

Intercorrências _____

Dados do recém-nascido (RN)

Peso <u>3.900 g</u>	Comprimento <u>50 cm</u>	Perímetro cefálico <u>38 cm</u>
Apgar 1º minuto <u>08</u>	Idade gestacional (capúro) <u>41/30</u>	Classificação <u>G1G</u>
5º minuto <u>09</u>	Tipagem Sanguínea: Mãe <u>AB ⊕</u>	RN <u>A ⊕</u>

Condições de alta

Data da alta 22/12/03 Peso na alta 3640 g Idade (em horas) _____

Amamentação sup-alto-leito

Icterícia NA

Sinais vitais _____

Medicações na alta _____

Encaminhamentos _____



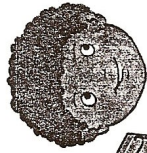
15

Acompanhamento do crescimento

Data	Idade	Peso	Estatura	Per. Cef.
8/04/04	20 dias	4400	53	38,5
28/01/04	1 ano 9 dias	6000	55	39,5
26/02/04	2 - 7 d	7350	58	42
25/03/04	3 m 7 d	10050	66	43
21/4/04	4 m 1 d	11500	67	44
20/6/04	5 m 6 d	13100	68	45,5
24/6/4	6 m 5 d	14250	68	47
28/07/04	7 m 4 d	14300	70	47
19/08/04	8 m	15000	73	48
20/08/04	9 m 1 d	15400	74	48
5/10/04	10 m 7 d	15760	74,5	-
27/10/04	10 m 28 d	15550	74,5	49
28/11/04	11 m 7 d	15300	75	49
07/12/04	11 m 27 d	15250	78	-

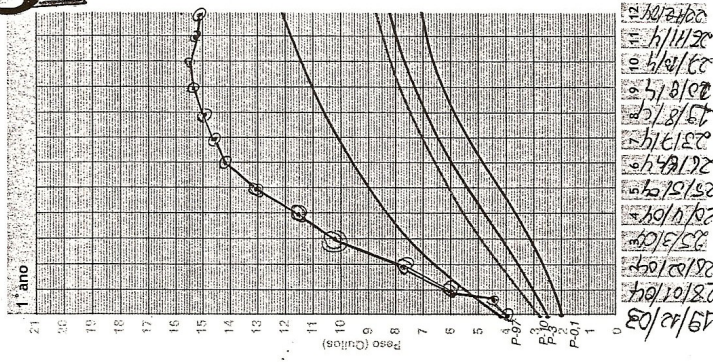
*Perímetro Cefálico

A criança tem direito, no primeiro ano, a consulta mensal com dia e hora marcados.



Cartão da criança

Gráfico peso-idade (masculino)



Observar a Linha de Referência

BOM / LINHA VERDE
PEQUENO / LINHA AMARELA
GRANDE / LINHA VERMELHA

Observar a Linha de Referência

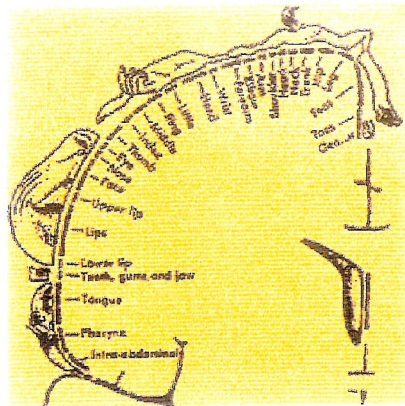
A / Muito bom
B / Bom
C / Satisfatório
D / Regular
E / Pequeno
F / Muito pequeno



Anexo 2.

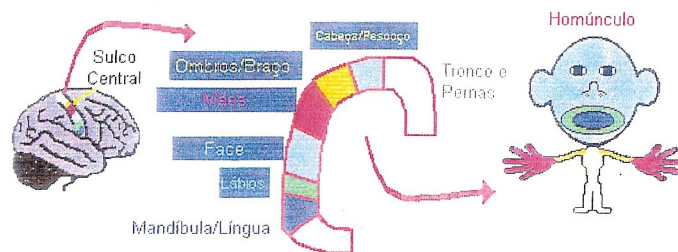
Homúnculo de Penfield.

Relação áreas sensorial cortical versus regiões do corpo humano, segundo Wilder Penfield. (Projeção esquemática do corpo sobre o córtex).



Relação áreas sensorial cortical versus regiões do corpo humano, com base no Homúnculo de Penfield (Projeção infográfica do córtex sobre o corpo, segundo Eric Chudler).

O Córtex Sensorial Primário



<http://geocities.yahoo.com.br/neurokidsbr/BrainSize.html>

<http://iibce.edu.uy/2000-11/Homunculo02.gif>

Anexo 3

CONCLUSÕES DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

ITEM 12 DO RELATÓRIO FINAL: ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Orientação geral:

Elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infanto-juvenil devem compor obrigatoriamente as políticas públicas de saúde mental respeitando as diretrizes do processo da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do estatuto da criança e do adolescente-eca. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas com base territorial e de acordo com a realidade sócio-cultural de cada município. Nessa perspectiva é fundamental a criação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes em relação à criança e adolescente. Foram aprovadas também as seguintes propostas:

1. Constituir uma agenda específica para criança e adolescente no campo da saúde mental, elegendo esta temática como foco fundamental do ano 2002.
2. Propor que a III Conferência Nacional Saúde Mental referende as propostas aprovadas pela pré-conferência para infância e adolescência realizadas nos dias 3 e 4 de abril 2001.
3. Criar a política de atenção à saúde mental da criança e adolescente mediante a implementação de Centros de Apoio Psico-Sociais-CAPS infantil e outros serviços e garantir que Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS tendo como fundamento os princípios da reforma psiquiátrica e do ECA.
4. As diretrizes da reforma psiquiátrica encarnada nos CAPS podem assumir diferentes configurações concretas de serviços de base territorial de acordo com as possibilidades, disponibilidades e particularidades de cada município brasileiro.
5. Exigir que a rede substitutiva inclua a atenção à criança e ao adolescente nos diferentes serviços.
6. A rede de atenção integral à criança e adolescente deve garantir acessibilidade, fluxo e priorização de casos de maior gravidade dentro de um enfoque multiprofissional.

7. Implantar em todos os Estados e municípios oficinas para crianças e adolescentes em consonância com as políticas de atendimento em saúde mental na perspectiva da construção de cidadania.
8. Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma das suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internadas em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados.
9. Garantir o direito da criança e do adolescente portador de sofrimento mental e/ou usuário de drogas de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24 horas ou hospitais gerais, no setor de pediatria com a presença de acompanhante.
10. Garantir que a criança e adolescente com problemas escolares, uma vez esgotados os recursos no âmbito da ação escolar, tenham direito ao atendimento junto com os seus familiares na rede básica de saúde.
11. Criar fóruns intersetoriais nacional/estadual/municipal para tratar de questões referentes ao campo da infância e adolescência. Esses fóruns deverão ser coordenados conjuntamente pelo Conselho Nacional de Saúde-CNS e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente-CONANDA.
12. Construir e fortalecer espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e adolescente, assegurando interlocução com a educação, Conselhos Municipais de Saúde, Juizado, Promotoria, Conselhos Tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos.
13. Garantir que as comissões de saúde mental em nível municipal atuem de forma intersetorial nos Conselhos Municipais de Assistência Social, CONANDA e outros.
14. Realizar um censo nacional, operacionalizado pelos municípios para o mapeamento dos serviços existentes, contemplando o perfil clínico, social e epidemiológico da clientela infanto-juvenil que não vêm sendo atendida nos serviços de saúde mental público, filantrópicos e contratados e instituições de assistência social e judiciária.

15. Estabelecer condições para a construção de um indicativo populacional como critério para a criação de serviços substitutivos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, especialmente nos municípios onde houver assistência total de serviços e naqueles em que as crianças e adolescentes que suportam dores, deficiência mental e transtornos psíquicos são assistidos pelo modelo asilar.
16. Promover por meio dos serviços territoriais a qualificação no campo da Saúde mental de equipes das maternidades para garantir o cuidado precoce do RN com danos neurológicos e atenção à gestante e à parturiente sempre que se fizer necessário.
17. Estabelecer mecanismos de referência e contra-referência efetivos entre as equipes de maternidades e outros serviços especializados no atendimento e às crianças portadoras de patologias congênitas e outros transtornos decorrentes de etiologia diversas (paralisia cerebral, etc) visando à intervenção precoce para a criança e seus familiares.
18. Garantir nas três esferas governamentais o cumprimento da lei sobre a comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco para crianças e adolescentes.

Brasília, 11-15 de dezembro de 2001.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.