

Sobre o valor do sintoma na infância

Áurea Maria Lowenkron

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina.

Doutora em Ciências da Saúde pelo IPUB/UFRJ, psicanalista, professora da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Por que propor uma reflexão sobre o valor de sintomas psíquicos na infância? A resposta repousa, antes de tudo, em algo que os casos clínicos não cessam de demonstrar: que o sintoma, tomado apenas por sua aparência, induz a equívocos.

Para começar, vale lembrar que *sintoma* é um termo originário da linguagem médica, na qual designa fenômenos subjetivos que remetem, por meio de uma experiência codificada de correlações, a um processo patológico subjacente. Por dizerem respeito a manifestações subjetivamente percebidas, os sintomas são narrados pelo paciente, em contraste com os sinais, que podem ser percebidos pelo observador, seja diretamente, seja mediante exames capazes de detectar o que o olhar não alcança. Na medicina, sinais e sintomas constituem elementos essenciais do diagnóstico, que dispõe de uma codificação na qual é estabelecida uma correspondência estreita entre grupos de manifestações clínicas e a existência de doenças no organismo.

Por estarmos acostumados à ideia de que existe uma relação de correspondência estreita entre sinais, sintomas e organizações patológicas que lhes dão origem, pode parecer incongruente problematizar, como fazemos neste capítulo, o valor dos sintomas com os quais nos deparamos

nos atendimentos clínicos a crianças. No entanto, não encontramos esse mesmo tipo de equivalência no terreno da vida psíquica e da psicopatologia, uma vez que na formação dessa modalidade de sintomas estão implicados fatores muito diversos, complexos e regidos por princípios diferentes dos que regem o organismo em geral.

Aprendemos com a clínica que a observação e a descrição das manifestações psíquicas não fornecem elementos suficientes para alicerçar a formulação de um diagnóstico, as decisões clínicas e as possíveis indicações terapêuticas que decorrem desse processo. Há nos casos individuais um *a mais* que, embora escape ao olhar, insinua-se nas produções singulares dos pacientes. São, de fato, narrativas e não apenas descrições, informações ou relatos, pois concernem também a sentimentos, significações e interpretações do vivido que ganham uma configuração própria ao serem endereçadas a um ouvinte particular no contexto de uma entrevista ou consulta.

Ponderações sobre o valor dos sintomas nos casos individuais justificam-se também em função de certas características da clínica na infância. Que características são essas?

Em primeiro lugar, nos casos de crianças, o atendimento não se inicia por iniciativa de quem vive subjetivamente o fenômeno que motiva a

consulta. A queixa inicial é formulada por um outro que vem fazer o pedido de atendimento: o pai, a mãe, algum parente ou outra pessoa que tem a incumbência social de criação, cuidados, educação, ensino ou tratamento da criança. A pessoa que responde legal e moralmente não só por seus próprios atos, mas também pela vida, pelo bem-estar e pelos atos da criança, é designada como *responsável*. Vale aqui lembrar uma outra acepção da palavra *responsável*, a de um indivíduo que cometeu ato culposo, pois essa referência não raro está presente, explícita ou implicitamente, nos atos, nas falas e nos modos pelos quais esses sujeitos se representam.

São eles, os responsáveis, os primeiros a fazerem uma “avaliação” da criança e a decidirem que algo não está bem. Mas nenhuma avaliação é neutra ou objetiva como muitas vezes se pretende, pois não prescinde de códigos de apreensão e de interpretação dos fenômenos ou “sintomas”. Alguns deles podem ser percebidos como não regulares ou não cotidianos, mas, nem por isso, patológicos. Manifestações associadas, por influência da ordem médica instituída, à representação de doença mental, também podem ser percebidas como expressão de crenças religiosas ou de criatividade artística, por exemplo, condições essas que exemplificam distanciamentos possíveis da categoria do “patológico”. Isso quer dizer

que os modos individuais e coletivos de percepção do sofrimento não se dão de maneira natural e invariável, mas sim como atos de decifração que se ignoram como tal. Mesmo a expressão da dor física não pode ser reduzida a uma resposta automática aos estímulos mórbidos, pois sua percepção também é função das expectativas do sujeito, de suas experiências passadas e de sua aprendizagem cultural.

A avaliação profissional, embora deva ser criteriosa, também não é neutra, pois não pode prescindir de pressupostos. Ao contrário do que se costuma dizer, não trabalhamos com dados. Rigorosamente falando, nada é *dado*, no sentido de objetos *in natura*, prontos para serem coletados e depois agregados, medidos e revelados. Ao contrário, tudo precisa ser *construído, desenhado e processado* mediante um trabalho intelectual. O olhar que observa e capta informações é um olhar informado e posicionado teoricamente, guiado por concepções acerca daquilo que deseja investigar. Assim sendo, o nosso material de trabalho é um recorte destacado de um todo maior e complexo, impossível de ser abarcado, recorte este que é trabalhado por procedimentos adequados a objetivos. Por isso, não compartilho da crença de que atividades clínicas ou de pesquisa possam ser neutras, *a-teóricas*, isentas de interesses. Pelo contrário,

como todas as atividades humanas, estão situadas em um tempo e um lugar e são sujeitas aos efeitos de campos complexos de forças e a vieses de diversos tipos.

Ocorre o mesmo na prática clínica. No terreno multifacetado das perturbações psíquicas, podemos dizer que a maioria das práticas terapêuticas opera sobre o paciente introduzindo nele algo que seja forte o bastante para suprimir o sintoma, seja pelo emprego da sugestão, de conselhos, de psicofármacos, de técnicas comportamentais etc. Em contraste¹, a escuta psicanalítica procura remover os obstáculos que impedem o acesso aos representantes das forças psíquicas em jogo e visa à transformação da queixa em questão, o que só é possível porque não obtura a demanda com respostas prontas e provenientes de um saber exterior ao sujeito. Para a psicanálise, o sintoma tem uma função semelhante a de uma prótese, pois vem impedir que o sujeito seja acometido de um excesso aterrador de angústia, às vezes comparável a um “cair sem fim” ou então de um empobrecimento vital, às vezes recoberto por um agir desenfreado. Por reconhecer essa função do sintoma, a psicanálise sustenta que o objetivo de um tratamento não é simplesmente suprimi-lo, mas sim favorecer sua substituição por outras formações que impliquem menos desconforto e mais prazer para

o sujeito. Mas esse processo leva tempo, pois é preciso que ocorra uma ampliação dos sentidos e dos modos de satisfação possíveis para formações sintomáticas que antes só conheciam a repetição, seguindo as mesmas vias de escoamento. E, é bom que se reconheça, nem sempre está indicada, nem todos os sintomas podem esperar.

Outra premissa importante é a de que o paciente possui um saber sobre os males que o acometem e por isso é indispensável que ele se manifeste. Foi justamente para favorecer o acesso a esse saber agregado às formações do inconsciente que Freud instituiu o método psicanalítico da livre associação.

Além disso, é importante ter em conta que sintomas ocorrem frequentemente durante a infância, sem que tenham necessariamente um significado patológico. Eles surgem em decorrência das vicissitudes da vida que não poupa ninguém de angústias e de conflitos, mas podem ser superados sem necessidade de intervenção terapêutica. Basta que a criança empregue seus recursos psíquicos protetores e que conte com um ambiente favorecedor, bom o suficiente, o que quer dizer: que não haja gratificação de mais, nem de menos.

Mesmo sintomas alarmantes, como mentira, roubo, agressividade, podem acontecer em crianças pouco comprometidas psiquicamente, en-

quanto outras manifestações pouco ruidosas, como a inibição do brincar e a restrição da sociabilidade ao domínio familiar, podem estar relacionadas a desordens psíquicas mais graves.

Portanto, a queixa ou o sintoma que motivou a consulta nem sempre correspondem à presença efetiva de um transtorno cujo valor psicopatológico pode ser arbitrado de antemão. Sempre é necessário avaliar se estão presentes indicações de que a criança encontra-se perturbada por conflitos internos aos quais se mantém atada, repetindo o mesmo modo de resposta precário e sem saída. É importante ter presente que essa é uma possibilidade, mas não a única. Existem casos nos quais as manifestações sintomáticas da criança constituem-se como uma espécie de formação pela qual ela interage com o que existe de sintomático no grupo familiar do qual faz parte. Outras vezes, o que acontece é que o desempenho ou as manifestações da criança não a incomodam em nada, mas constituem motivo de preocupação e de desagrado por estarem aquém de certas expectativas familiares ou sociais sobre como ela deveria ser. Essas possibilidades serão ilustradas com alguns exemplos.

Jorge, onze anos

É o pai quem pede atendimento para o filho, por achá-lo “muito tímido, inseguro, medroso, talvez deprimido”. Compara-o a Paulo, o irmão

dois anos mais novo, frente ao qual, segundo o pai, Jorge encontra-se em posição de grande desvantagem. A mãe, também presente à entrevista, mantém-se silenciosa e passiva, mas, quando é convidada a falar, concorda com o marido.

Nas entrevistas com Jorge, este supera rapidamente um certo embaraço inicial, pondo-se a desenhar com habilidade e a falar espontaneamente. Fala sobre seu cotidiano, seus amigos e seus interesses. Conta, com entusiasmo, que fez em grupo um trabalho para uma feira de ciências de colégios e que receberam o primeiro prêmio. Não faz menção a nenhum dos problemas relacionados pelo pai, porém queixa-se das imposições que este tenta lhe fazer, como sair para dançar e fazer aulas de lutas. Jorge prefere conversar com os amigos, ir a festinhas da escola, jogar futebol e ler. Gosta de uma menina da vizinhança, que não se interessou por ele, mas Jorge tem esperanças: *“pode ser que quando eu for mais velho um pouco ela aceite ficar comigo”*.

Encerradas as entrevistas com Jorge, os pais são recebidos novamente. A mãe sorri, aliviada, ao ouvir que não parece haver indicação para tratamento do filho e consegue dizer que é esse também o seu ponto de vista. Já o pai, bastante aflito, procura insistir: *“é melhor prevenir do que remediar”*, argumenta. Passa a falar, então, de sua adolescência tardia e

sofrida, de uma gagueira da qual só foi se curar já adulto, de como se sentia pequeno e fraco em comparação com seus colegas, do medo que sentia de sofrer agressões de parte dos meninos e de ser rejeitado pelas meninas. Sua preocupação era tentar evitar que os filhos passassem por um sofrimento como o seu.

Outra fala reveladora acontece no final dessas entrevistas: o pai revela que Paulo, o filho mais novo que ele havia apresentado como padrão de coragem, desembaraço e força que ele associava a seu ideal de virilidade, começara um atendimento com neurologista por apresentar problemas na escola: era muito agitado, impulsivo disperso e agressivo com os colegas.

Foi possível, nesse caso, identificar uma situação na qual aquilo que foi apresentado como sintoma pelo pai não correspondia e nem sequer se aproximava da vivência subjetiva do filho. O mal-estar provinha de questões do pai que permaneciam latentes desde longa data e foram reativadas com a paternidade, especialmente quando a adolescência dos filhos se avizinhava. Jorge, embora pareça satisfeito com o seu modo de inserção no mundo, encontra-se longe de corresponder às expectativas do pai. Este se angustia porque começa a perceber que o filho não seria tudo o que ele não foi e, assim, retira-lhe a esperança de ver compensados

através do filho os sentimentos de insuficiência de sua adolescência. Para agravar a situação, o filho mais novo, que possivelmente havia lhe servido para sustentar esperanças de resgatar por meio dele os ideais infantis de grandiosidade duramente sacrificados, é percebido pela escola como portador de perturbações, o que vem a ser reforçado pelo diagnóstico de TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) dado pela neurologista. Esse é o contexto no qual é feito um pedido de ajuda para um pré-adolescente “muito tímido, inseguro, medroso, talvez deprimido”.

Rafael, seis anos

Rafael é trazido ao ambulatório do IPUB por seus pais. Teve, previamente, um atendimento com neurologista que lhe prescreveu um neuroléptico, mas não houve melhora dos sintomas. Na guia de encaminhamento, o médico escreve:

“Paciente hiperativo e agressivo desde um ano de idade, não consegue convívio com criança da mesma idade. Há relato de *abalo nas mãos* que não pôde ser bem especificado. O exame neurológico e o EEG estão dentro dos limites da normalidade.”

Quando indago o motivo da consulta, o pai diz: “*A gente quer saber se tem algo de errado no cérebro dele*”. Ato contínuo entrega-me um calhamaço de exames e receitas médicas. Em vez de ler, tento puxar

o fio da meada, indagando por que pensam que poderia haver alguma coisa errada no cérebro dele. Os pais falam, com certa dificuldade, de “*uma coisa de tremer*” que o menino tem desde pequenininho e que o acomete frequentemente, “sem mais nem menos”. Só em entrevistas posteriores conseguem dizer, com dificuldade, algo mais sobre a “coisa de tremer”: “*Ele fica suado, se batendo, de olhos virados e fora de si*”. Indago por que passaram a se preocupar agora com um comportamento presente há tanto tempo. Os pais respondem que está chegando o momento de matriculá-lo na escola e temem que o filho não seja bem aceito pelas outras crianças, pois ele é “*muito carinhoso, gosta de abraçar e agarrar, independente de ser menina ou menino, e os outros podem não gostar, podem maltratá-lo*”.

Rafael ouve sem tentar interferir no que dizem os pais. Não responde à maioria das perguntas que lhe são feitas, mas enquanto os pais falam, desenha. Primeiro testa os lápis, experimenta as cores, fazendo rabiscos, displicentemente. Depois, desenha um carro que colide com um ônibus, que, por sua vez, choca-se com um poste. Desenha também uma figura humana. Pergunto quem é. “*Uma menina*”, responde. Em seguida, acrescenta um pênis à figura e diz: “*Agora, virou menino*”. Depois, não diz nem desenha mais nada. Afasta-se da mesa e senta entre os

pais, que acham muita graça. Em entrevistas consecutivas com cada um dos pais em separado, tenho acesso a outros elementos da história dessa família: o pai casou-se “já velhinho”, porque precisava permanecer junto a seus pais, aos quais era extremamente apegado; diz que ficou “na vigília”, até a morte destes. Aliás, desde que se casou começou a trabalhar como vigia noturno e só dorme em casa aos domingos, de modo que, exceto nesse dia, é Rafael quem divide a cama de casal com a mãe. Esta conta que foi abandonada por seus pais, criou-se “na casa dos outros”, uma “mãe adotiva” a quem, na verdade sempre serviu como empregada doméstica sem receber remuneração. Da casa da mãe-patroa só saiu quando se casou, grávida de Rafael. Diz que não era o casamento o que importava mais, pois seu sonho sempre foi ter um filho, “um bem que fosse só seu”. O menino foi amamentado ao seio até quatro anos, dorme na cama com a mãe, é mimado e afagado intensamente por ela, principalmente quando o vê “nervoso”, com “a coisa de tremer”, pois acha que “precisa acalmá-lo”.

Sobre a “coisa de tremer” e os “abalos na mão”, o pai, receoso, fala: “*Já me disseram que isso dá loucura*”. Isso o quê? - insisto. “*Aquilo de ficar de quatro, feito um animal mesmo, se batendo e tremendo todo. Quando eu mando parar, ele responde que quan-*

do acabar, para. Chega a ficar todo suado e diz que aquilo é bom, que sente uma coisa no piu-piu”.

O sintoma de Rafael foi entendido como resposta àquilo que escapou, na estrutura familiar, à interdição de desejos incestuosos e à demarcação de lugares, em decorrência de perturbações das funções materna e paterna. Nesse caso, houve falha na transmissão ao filho dos limites do possível e do lícito. Como resultado, temos uma criança que permanece inscrita numa relação de colagem com sua mãe, favorecida por frustrações infantis desta e pela cumplicidade paterna, uma criança feita prisioneira de uma onipotência sem limites que já produz efeitos sensíveis não só sobre sua organização psíquica, como sobre sua socialização e escolarização. Os riscos para a organização psíquica de uma falha como essa não podem ser subestimados, ainda mais porque os pais não se mostraram abertos a intervenções, não tendo sido possível nem mesmo realizar uma entrevista em separado com Rafael.

Ao recusar o atendimento indicado, o pai insiste na versão de que “*deve ser alguma coisa no cérebro*” e que “*um médico tem que descobrir o que é e indicar o remédio certo*”. Todavia, o pai ainda voltou algumas vezes ao serviço, sozinho e em horários diferentes dos que haviam sido combinados, até que, afinal, desistiu de vir.

Mais que uma contradição sobre a suposta natureza do problema, o retorno à versão de “um problema no cérebro” parece indicar um movimento defensivo relacionado ao caráter sexual dos “abalos” e da “coisa de tremer” do menino. Não tanto por uma formação psíquica de pudor, mas pelo desejo inconsciente de conservar por mais tempo uma situação em que todos gozam, de maneira direta e por identificação com o menino. Além disso, ao não se implicarem como sujeitos, os pais poupam-se de angústias, de feridas narcísicas e principalmente do trabalho de promover a separação indispensável para o crescimento do filho.

Na verdade, a versão de que os “abalos nas mãos” ou “a coisa de tremer” seriam decorrentes de “um problema no cérebro” poderia ser substituída por outra crença qualquer que fosse capaz de encobrir algo indesejável. No entanto, o que quero destacar aqui é que esse tipo de versão, por ser amplamente sancionada, chancelada, legitimada por uma versão tida e havida como “mais cien-

tífica” dos fatos psíquicos fortalece as sempre presentes resistências à mudança, tornando-as muitas vezes incontornáveis.

Para concluir, cabe ressaltar que a avaliação fundamenta a condução dada aos casos clínicos e que, na infância, mais que em outros períodos da vida, estes são bastante complexos, não cedendo com facilidade às tentativas de categorização exigidas para fazê-los caber nos sistemas de classificação diagnóstica.

Notas

1. Contraste lembrado para ter presente as especificidades de cada campo, o que não significa hierarquizar as diferentes técnicas de manejo do sofrimento mental, pois fenômenos complexos comportam abordagens múltiplas.

Para saber mais

Lowenkron, A M.- Abalos nas mãos, coisa de tremer: sobre a polifonia discursiva das perturbações de crianças. *Rev. Bras. Psicanal.*, vol. 36 (3): 567-584, 2002.