

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LUCIENE SANTOS SOUZA

**ESTÁGIOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO COMO IDENTIFICADOR DE
MUDANÇAS SUBJETIVAS DO CLIENTE ATENDIDO NA PSICOTERAPIA
VIVENCIAL**

VITÓRIA
2015

LUCIENE SANTOS SOUZA

**ESTÁGIOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO COMO IDENTIFICADOR DE
MUDANÇAS SUBJETIVAS DO CLIENTE ATENDIDO NA PSICOTERAPIA
VIVENCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de
Graduação em Psicologia.

Orientador: Prof.^a Ma. Vânia Maria Congro Teles.

VITÓRIA
2015

LUCIENE SANTOS SOUZA

**ESTÁGIOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO COMO IDENTIFICADOR DE
MUDANÇAS SUBJETIVAS DO CLIENTE ATENDIDO NA PSICOTERAPIA
VIVENCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Graduação em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Ma. Vânia Maria Congro Teles - Orientadora

Prof.^a Ma. Daniella Messa e Melo Cruz, FCSES

Prof.^a Ma. Andrea Loss Nunes, Faculdade Brasileira, Multivix

RESUMO

Este estudo surgiu como um questionamento sobre as razões que levam alguns clientes de psicoterapia a crescerem e mudarem e outros, ao contrário, estagnarem. Desse primeiro questionamento, desenvolveu-se uma necessidade de estudar mais profundamente os Estágios no processo terapêutico, pelos quais passa o cliente em atendimento psicoterápico, e articular a teoria com a prática. A abordagem escolhida como fundamento para este estudo foi a Psicoterapia Vivencial criada por Tereza Cristina Saldanha Erthal, de origem fenomenológica com base em Edmund Husserl, e baseada na filosofia existencial de Jean Paul Sartre. Analisar e descrever, a partir do modelo de Estágios da Psicoterapia Vivencial, o processo de mudança ou permanência de posição, vivenciados por cliente em atendimento psicológico na abordagem Existencial Fenomenológica tornou-se, então, o seu principal objetivo. O alcance desse objetivo se deu pela utilização da metodologia de um estudo de caso descritivo com a análise dos dados mediante o método fenomenológico, a partir da qual pode-se articular a teoria e a prática de modo satisfatório e profundamente enriquecedor, obtendo como fruto um material exemplificativo desses Estágios da abordagem teórica com a prática, acrescentando tanto para os estudiosos do tema quanto para a academia, que ganham com esta articulação, a possibilidade de traçar uma base para novos estudos clínicos.

Palavras-chave: Estágios da psicoterapia. Processo terapêutico. Mudanças. Psicoterapia Vivencial. Fenomenologia.

ABSTRACT

This study has emerged as a questioning about the reasons that lead some psychotherapy clients grow and change and others, on the contrary, eroded. This first question, developed a need to study more deeply the stages in the therapeutic process, through which passes the client in psychotherapy, and articulate the theory with practice. The approach chosen as the Foundation for this study was the Existential Psychotherapy created by Tereza Cristina Saldanha Erthal, phenomenological origin based on Edmund Husserl, and based on the existential philosophy of Jean-Paul Sartre. Analyze and describe, from the model of stages of Experiential Psychotherapy, the process of change and permanence of position, experienced by client in psychological care on Phenomenological Existential approach then became his primary goal. The achievement of that goal took the use of the methodology of a descriptive case study with data analysis through the phenomenological method, from which one can articulate the theory and practice of satisfactorily and deeply enriching, obtaining as a result a sample material of these stages of the theoretical approach to the practice, adding so much to the scholars of the subject as for Academy that win with this joint, the possibility to draw a base for new clinical studies.

Keywords: Stages of psychotherapy. Therapeutic process. Changes. Existential Psychotherapy. Phenomenology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 CONSIDERAÇÕES DA FILOSOFIA	15
2.1.1 Humanismo	15
2.1.2 Existencialismo	16
2.1.3 Fenomenologia	19
2.2 PSICOTERAPIA VIVENCIAL	21
2.2.1 Psicoterapia Vivencial - Uma Abordagem Existencial	21
2.2.2 Estágios no processo terapêutico	24
2.2.3 Empatia e redução fenomenológica	29
2.2.4 Intervenções do terapeuta na Psicoterapia Vivencial	31
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE PESQUISA	35
3.2 CAMPO DE ESTUDO	35
3.3 SUJEITO DA PESQUISA	35
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	36
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
3.7 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	36
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	39
4.1 IDENTIFICAÇÃO DO CASO	39
4.2 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	40
4.2.1 Aparência	41
4.2.2 Relacionamento interpessoal na igreja	44
4.2.3 Refeição	49
4.2.4 Intromissão	52
4.2.5 Escolhas	55
4.2.6 Autonomia	60

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

O ser humano, desde a formação dos primeiros conglomerados até as grandes conurbações da atualidade, viveu momentos de prosperidade e de escassez, de guerra e de paz, de harmonia e desequilíbrio, de saúde e doença, cujas descrições venceram o tempo e estão gravadas de formas diversas em compêndios da mitologia, da história, da religião, da literatura e das ciências (SANTOS; LOPES, 2009).

Diante de sua fragilidade, física e emocional, o homem viu-se na necessidade de encontrar meios e formas para solucionar, mitigar ou enfrentar o que convencionou denominar de doença, sobre as quais há registros de que, mesmo antes dos trabalhos de Hipócrates (nascido em 460 a.C.) e Galeno (129 a.C), elas já existiam (REBOLLO, 2006). Conforme Kritski, Conde e Souza (2000) a tuberculose é considerada um dos males mais antigos da humanidade, havendo evidências em ossos humanos, na Alemanha, que a coloca em termos temporais em 8.000 a.C. Além disso, Fandiño-Franky (2010) fazem relatos sobre a epilepsia e Bravo-Hernandez (2005) sobre a Lepra, com ocorrências no Egito, na Índia e na China desde o intervalo de 400 a.C. a 700 a.C.

Acredita-se que existam muitas outras doenças com apontamentos tão antigos quanto essas, mas o interesse deste trabalho recaiu sobre a Síndrome de Tourette (ST) para a qual foram encontrados alguns relatos como os de Pedro, o Grande (1672); Samuel Johnson (1709), Wolfgang Amadeus Mozart (1756), Napoleão Bonaparte (1769) e Hans Christian Andersen (1805), antes que a literatura médica registrasse de forma sistematizada a “doença” (CANO PARRA, 2012).

O primeiro caso não recebeu a denominação que hoje tem e se constitui de um relato feito por Jean Marc Gaspard Itard em 1825, a respeito da Marquesa Dampierre que apresentava tiques e em meio às conversas sociais pronunciava palavras obscenas. Posteriormente um dos alunos de Charchot, Gilles de La Tourette, estudou outras ocorrências semelhantes. A partir dos resultados encontrados, ambos insistiram na denominação de “doença” para os sintomas que essas pessoas apresentavam, afirmando que eles podiam ser encontrados também

em casos de histeria. Assim, foi a partir do posicionamento de La Tourette e de seus estudos que surgiu a denominação Síndrome de Tourette (KUSHNER, 2000a).

Desde o primeiro caso até o presente houve muita discussão e controvérsia sobre a ST e sua etiologia, com visões que perpassaram a psicanálise, a neurologia, a psiquiatria e a neuropsiquiatria. Apesar disso, na atualidade ainda não há um consenso sobre suas causas e qual a conduta a ser adotada para o tratamento. O que se pode dizer é que os tiques motores e vocais, de forma simples ou complexa são aceitos internacionalmente como elementos de seu diagnóstico (TEIXEIRA et al., 2011).

Segundo Chacón e Vasermanas [20--] a ST tem sido pouquíssimo divulgada na sociedade, levando não só à demora no atendimento como também a equívocos em diagnósticos. Além disso, as pessoas têm dificuldade em compreender o comportamento de quem a sofre, sobretudo porque ela não tem visibilidade orgânica como o que ocorre com pessoas com mutilações, deficiência visual, alterações nos membros ou na mobilidade, etc.. Ao que parece, essa falta de conhecimento por parte da população acaba por colocar os sujeitos afetados pela síndrome em situações de rejeição, ridicularização e incompreensão, levando também ao sofrimento, os seus familiares.

Um levantamento realizado na Base Scielo América Latina, em seus 280 periódicos, resultou em um total de 48 artigos de autores de diferentes países, sendo 36 do Brasil; três do Chile, da Espanha e do México; dois da Colômbia e um de Cuba.

Desse total 21 foram publicados em português, 18 em inglês e nove em espanhol.

É importante registrar que a maioria dos trabalhos de mais fácil acesso em bases de dados na rede mundial de computadores (web) tem foco voltado para a medicina, sobretudo psiquiatria e neurociências, havendo escassez de informações sobre as contribuições da psicologia para o tratamento da ST.

Além disso, é digno de nota que uma busca em livrarias online revelou a existência de apenas um livro publicado sobre o assunto, no Brasil (Tiques, cacoetes e Síndrome de Tourette: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde), organizado por Hounie e Miguel (2012) em sua segunda edição.

Dessa forma, verifica-se uma lacuna no que diz respeito à práxis e contribuições da psicologia no que tange à síndrome em questão não só nas publicações acadêmicas como também em informativos à sociedade de modo geral, sobretudo em língua portuguesa.

Por conseqüência, o problema parece se estender também dentro do próprio contexto familiar, pois quando uma criança é diagnosticada com a ST, são os parentes mais próximos os primeiros a se defrontarem com essa falta de informação e de como lidar com a situação. Conforme já registravam Loureiro e outros (2005, p. 218) trata-se de “[...] uma patologia de comprometimento psicossocial que acarreta alterações significativas na vida dos seus portadores e respectivos familiares.”

Nesse comento, para Checcinato (2007) a família que lida com crianças que apresentam problemas, seja de que ordem for, passa a enfrentar um dilema, entrando em sofrimento, uma vez que a criança do desejo dos pais e demais parentes é uma criança saudável, bonita e bem ajustada (CHECCHINATO, 2007).

Essa falta de conhecimento perpassa também o ambiente educacional, pois em termos de orientação e condições para desenvolvimento, nem sempre professores e educadores estão preparados para lidar com casos de crianças e adolescentes com a ST em salas de aula padrão, dificultando seu convívio social. Trata-se da exclusão não só por falta do uso de técnicas e apoio adequados a essa criança ou adolescente, como também da exclusão por preconceito em relação aos tiques motores e vocais, que acabam por incomodar quem está no local.

Os estudos realizados permitiram identificar que a ST é uma doença rara e que, na maior parte dos casos, apresenta comorbidades como o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (MERCADANTE et al., 2004), fatos que são do conhecimento de pesquisadores, profissionais da saúde e do meio acadêmico, mas não para a sociedade de modo geral (LABATE, 2012).

Em relação à síndrome, de acordo com Hounie (2012, p.19), não é incomum encontrar pessoas que fazem movimentos ou barulhos estranhos e que parecem sem sentido, que são denominados tiques quando “[...] ocorrem de forma súbita e repetitiva e têm curta duração [...]”. Isso porque, o fato de se fazer um movimento

corporal repetitivo, não significa que tenha significado de um tique, pois pode ter etiologia diversa.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua décima versão, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) os tiques estão descritos no código F95, como “Transtornos de tique”, incluindo os de natureza transitória, motora, vocal, múltiplos combinados, outros transtornos de tique e tiques não especificados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A Síndrome de Gilles de La Tourette está classificada no código F95.2, como “Transtorno de tiques vocais e motores múltiplos combinados” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 36). Esse conceito é apresentado de forma similar, porém mais completa, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta versão (DSM-IV TR) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002).

De acordo com Kushner (2000b, p. 39)

[...] não há evidências de que a ST seja uma doença única [...] cujo diagnóstico depende da identificação de uma lista de combinações possíveis de sinais e sintomas que um indivíduo deve apresentar em determinado período [...] que poderiam ser resultantes de uma variedade de causas diversas.

O TOC e o TDAH, de acordo com Spencer e outros (1998), constitui-se a regra e não a exceção na ST, uma vez que 80% dos pacientes são afetados por essas condições em toda sua vida. Corroborando esses argumentos Eapen e Crncec (2009) acrescentam que de uma coorte de 3.500 pacientes, apenas 12% não apresentavam as comorbidades.

Em outra dimensão, Pappert e outros (2003) detectaram que cerca de metade dos pacientes com ST apresentam disfunções sociais e educacionais. No entanto, poucos são os autores que tratam dos problemas comportamentais e emocionais que “[...] frequentemente aparecem como complicadores da ST e variam de um comportamento impulsivo, desinibido e imaturo até o tocar e o fungar compulsivo” (HOUNIE, 2012, p. 24).

As pessoas acometidas pela ST sofrem também rejeição social (EAPEN; CRNCEC, 2009; ROSÁRIO; MATHIS; MIGUEL, 2012), pois quem não tem conhecimento sobre a síndrome pensa que é possível aos pacientes suprimirem voluntariamente os tiques

Além das questões da interação e aceitação dos parentes e amigos outros problemas surgem relacionados ao lugar desse sujeito na sociedade, na escola, na família, dentre outros; o lugar desse filho no desejo da mãe; o significado da síndrome no contexto social; o acesso ou não desse sujeito em nível de atenção primária à saúde ou mesmo às especialidades. Assim, Rosário, Mathis e Miguel (2012, p. 39) ressaltam que não se trata só da severidade dos tiques. Os autores advogam que “É a interação do indivíduo, portador dos tiques e/ou do TOC, com a doença e seu ambiente que determinará a gravidade do quadro”.

A partir desse contexto foi traçado um objetivo geral que consiste em compreender como a Síndrome de Gilles de La Tourette é entendida nos campos da medicina e da psicologia. Por decorrência foram também elaborados três objetivos específicos, quais sejam: descrever a trajetória histórica da ST; mapear o percurso e os olhares da psiquiatria e da neurologia e levantar e descrever as contribuições da psicologia em diferentes vertentes, possíveis ou não, no tratamento multidisciplinar da ST em uma clínica psicológica que contemple a ST e suas comorbidades.

Esta proposta encontrou respaldo não só pela escassez de material informativo sobre a temática à população de modo geral, como também sobre os percalços enfrentados por seus familiares.

É importante aqui destacar a questão do diagnóstico, colocando a criança ou o adolescente sob um rótulo que pode abalar sua autoconfiança. Isso porque, pode-se observar em um primeiro momento, que esse tratamento tem como foco a supressão dos tiques, ficando em segundo plano ou sendo relegados outros aspectos de suma importância e que podem auxiliar na compreensão da ST pensando para além do quadro neurológico. Nessa linha de raciocínio, Eddy e outros (2011, p. 735) afirmam que “Estudos mostram que a ST pode ser associada a uma qualidade de vida pobre, especialmente quando há evidências de que os aspectos sociais da vida e os relacionamentos interpessoais podem ser particularmente vulneráveis”.

Essas queixas em torno das consequências indiretas da ST se fazem não só por parte da pessoa que a sofre, mas também por parte dos pais diante de suas relações parentais em primeiro grau, sociais e afetivas, devido ao comportamento do filho que apresenta a doença dos tiques. Um olhar mais abrangente revela que não só a criança ou o adolescente, como também a família nuclear vem sendo excluída socialmente, em função dos sintomas que apresenta a ST em seu seio, o que pode

fazer com que os laços sociais de crianças, adolescentes e familiares que vivenciam a ST se esvançam com o passar dos anos. Isso porque, parece não haver um lugar para o sujeito com Tourette em diversas instituições sociais, tais como a família, a escola, sociedade como um todo e até mesmo o sistema de saúde.

Nesse contexto, pode-se dizer que não há clareza quanto ao lugar da Síndrome de Tourette na saúde pública, tampouco se consegue visualizar uma clínica psicológica que contemple de forma multidisciplinar a ST, o que é lamentável uma vez que é na infância e na adolescência que a Síndrome de Tourette se manifesta com mais intensidade, ou seja, em uma fase da vida crucial ao desenvolvimento, socialização e formação do sujeito.

O que acontece porém, é que as pessoas acometidas pela Síndrome de Tourette apresentam os sintomas iniciais antes dos 18 anos, mormente na infância, e como a síndrome é pouca conhecida, com um número reduzido de profissionais nela especializados, frequentemente se tornam incompreendidas desde tenra idade (LOPES et al. 2012; DINIZ, HOUNIE, 2012; BELLOTO-SILVA et al., 2012), correndo o risco de serem discriminada por um diagnóstico que abala sua autoestima e autoconfiança.

É importante ainda levar em consideração que a maior parte das crianças e adolescentes com ST têm comorbidades, como TOC e TDAH, podendo se tornar objeto de ridicularização, *bullying*, escrachos e maus tratos, tanto em casa como na escola, sendo excluídos do contexto social.

Diante dos argumentos apresentado até então, a presente pesquisa se justifica não só pela falta de material na língua portuguesa que congregue a multiplicidade de seus aspectos (conceitos, etiologia, epidemiologia e tratamentos) como também a escassez de publicações por profissionais da psicologia, trazendo a luz seus olhares e experiências.

O resultado poderá auxiliar a estudantes e profissionais de áreas diversas que desejem e necessitem se inteirar sobre o tema, mormente de uma maneira ampla, que lhes possibilite ter uma visão geral de como a ST se insere no contexto da saúde, bem como as conseqüências que podem advir para quem a sofre. Isso porque, por se tratar de uma doença difícil de ser compreendida, muitas vezes quem dela padece é taxado de mimado, sem limites, esquisito, estranho, cacoeteiro,

dentre outras pechas. Há evidências de que, com o tempo, a pessoa e sua família vão ficando isoladas do convívio social, dificultando ainda mais sua vida e o enfrentamento da síndrome. Por outro lado, a dificuldade do diagnóstico, a exigência de especialistas na área e a fase de implantação do SUS, que ainda é novo e está em processo de ajustes, parecem dificultar ainda mais o quadro vivenciado por essas pessoas, que é mais intensamente vivido até os 18 anos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Síndrome de Tourette, desde que foi descrita pelo discípulo de Charcot, constituiu-se em objeto de estudo para clínicos gerais, neurologistas, farmacêuticos, psicólogos e psicanalistas, dentre outros profissionais.

Apesar de já se terem passados mais de 130 anos do seu momento inicial, muitas dúvidas ainda pairam sobre sua etiologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamentos e outras formas de conduta terapêuticas, ainda que o conhecimento a seu respeito tenha se originário de resultados de pesquisas de diversos autores ao longo desse tempo, tendo seu trajeto seguido o caminho que percorre a própria ciência.

Não se trata, portanto, nesta fundamentação teórica, de embasar o assunto objeto de estudo, ou seja, a Síndrome de Tourette, até porque a própria metodologia utilizada, perpassada pela pesquisa bibliográfica e pela análise integrativa, fez uso desse material.

O ponto central aqui se faz sobre a organização de conteúdos que auxiliem na construção do texto na análise dos dados, permitindo questionar, entender e reorganizar as publicações utilizadas em novo formato para que se tenha um *approach* do conhecimento sobre a Tourette.

Assim, mister se fez uma discussão sobre a ciência, suas possibilidades e limitações; os paradigmas científicos e a evolução da ciência; as controvérsias de resultados de pesquisa, com ênfase na área da medicina e da psicologia, colocando os textos e fragmentos de textos lidos e analisados sob nova perspectiva: a multidisciplinaridade. Essa discussão servirá de base para a elaboração e composição da análise integrativa, proposta nesta pesquisa.

Dessa forma o escopo desta fundamentação teórica recaiu sobre a metodologia das ciências por duas razões: a primeira porque ela tem dado respaldo não só às intervenções do mundo da medicina, como também da psicologia, balisando procedimentos e, a segunda, porque de modo geral os leigos tomam por verdade o que a ciência valida, mormente quando se trata da vida humana em sua fragilidade, muitas vezes não compreendendo que fazer ciência é um processo que implica em possibilidades cujos achados podem refutados a qualquer momento.

2.1 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A CIÊNCIA

O ambiente acadêmico tem primado pela utilização de normas e procedimentos considerados científicos, em oposição ao senso comum, que é uma “[...] aceitação não problematizada, muitas vezes crédula, do que afirmamos ou temos por válido”, em termos científicos (DEMO, 2013, p. 22).

Esse tipo de conhecimento “[...] não é algo desprezível, é sobretudo com ele que organizamos nossa vida diária, mesmo porque seria impraticável comportarmo-nos apenas como a ciência recomenda” (DEMO, 2013, p. 23).

Assim, durante muito tempo, senso comum, bom senso e sabedoria foram os recursos utilizados pela população em geral, até pelas dificuldades de se chegar ao ensino superior e devido ao nível da tecnologia disponível. Porém, políticas governamentais ampliaram o acesso dos egressos do ensino médio aos cursos superiores, nos quais são exigidos trabalhos de natureza científica, não sendo incomum solicitar que os alunos, em seus relatórios, utilizem somente fontes consideradas científicas, confiáveis.

Cabe aqui, portanto, adentrar esses aspectos, questionando: O que é ciência? O que são conhecimentos confiáveis? Quem estabelece ou determina esses parâmetros?

De acordo com Vasconcellos (2005) a ciência pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos sistematizado da realidade que foram obtidos por meio de técnicas, que fazem parte de um método, cujas características devem ser preservadas para não se correr o risco de cair no senso comum.

Tomando esse conceito como premissa, “O ser humano, fazendo uso de seu intelecto, deve desenvolver forma sistemática, metódica, analítica e crítica da missão de inventar e comprovar as novas explicações e descobertas científicas” (MARTINS; THEÓPHILO, 2007, p. 1). No entanto, é interessante observar que muitas descobertas e inovações tiveram origem no acaso, conforme referem Vale, Delfino e Vale (2005, p. 224-225)

Felizes “acazos acidentais” continuarão a exercer papel importante, pois representaram 60% dos maiores feitos da Medicina: penicilina, vacina, anestesia, DNA, raios X. e microscópio, inclusive com outorga de prêmios Nobel. [...] Muitas das descobertas da Ciência e da Medicina

aconteceram sem que se tivesse amenor idéia do que estava sendo descoberto.

Mas, sem dúvida, não se pode negar as grandes contribuições que a ciência trouxe à humanidade. Supõe-se que a partir daí tenha se constituído uma crença de que todo conhecimento científico atinja alto grau de confiabilidade e certeza, o que lhe daria uma posição privilegiada, mais status que os demais tipos de conhecimento, (VASCONCELLOS, 2005), que foram descritos por Martins e Theóphilo (2007) em: conhecimento vulgar ou senso comum, filosófico, teológico e científico. Apresenta-se aqui um conceito sobre esse último tipo de conhecimento, que tem balizado o ambiente acadêmico e de pesquisa.

Segundo Demo (2013, p. 19)

Dentro da ciência tradicional, em particular da dita racionalista, ciência é procedimento frontalmente diferente de outras formas de conhecer, universal superior e definitivo, tendencialmente voltada para as 'ciências exatas e naturais', donde também segue o despreço por outras culturas e seus modos de conhecer.

Além disso, registra Gil (2012, p. 2) que “A ciência pode ser caracterizada como uma forma de conhecimento objetivo, racional, sistemático, geral, verificável e falível”, estando os argumentos de Demo (2013 p. 45) no mesmo diapasão, quando afirma que “Suas ‘incapacidades’ são: falibilidade, instabilidade e daí inabilidade de alcançar algo definitivo”.

Nesses dois conceitos dois vocábulos chamam a atenção: falível e falibilidade, utilizados para qualificar a ciência. Eles parecem passar despercebidos às pessoas, pois de modo geral, tudo a que se atribui a qualidade de científico, tem sido considerado válido e verdadeiro.

Esse posicionamento pode afetar todas as profissões, pois na atualidade, jornalistas, escritores e até juízes tem buscado o respaldo na ciência para o desenvolvimento de suas atividades, para que alcancem credibilidade. Cabe então uma reflexão sobre as im(possibilidades) que a ciência apresenta, o que requer um resgate de alguns conceitos, pois segundo Ander-Egg (1978, p. 15) “[...] não se pode atribuir à ciência a certeza indiscutível de todo o saber que a compõe. Ao lado dos conhecimentos certos, é grande a quantidade dos prováveis”.

Em termos estruturais Bunge (1974) classifica as ciências em dois grandes segmentos: formais e factuais. Contido nas ciências formais estão a Lógica e a Matemática. As ciências factuais, por sua vez, se subdividem em naturais (Física,

Química, Biologia, Medicina, e outras) e sociais, onde se encontram os conhecimentos de Antropologia, Direito, Economia, Política, Psicologia, Sociologia, Educação etc.

De acordo com Lakatos e Marconi (2011, p. 32) “[...] o cientista esforça-se, ao máximo, para ser exato e claro; mesmo quando não o consegue, o fato de possuir métodos e técnicas que permitem a descoberta de erros faz com que possa tirar proveito também de suas eventuais falhas”. Assim, dado que os próprios resultados obtidos abrem novos caminhos, levam a novos questionamentos, sugerem novas possibilidades a partir das ideias até então propagadas, a ciência possui em seu âmago um método autocorretivo.

Nesse sentido o trabalho de Kuhn (1996, p. 13) “A estrutura das revoluções científicas” tem sido considerado um marco, auxiliando a compreender o processo no qual a ciência se desenvolve, a partir de paradigmas, conceito explorado e popularizado pelo autor.

Dessa forma a ciência pode ser considerada um conjunto de conhecimentos, fatos, teorias e métodos, dos quais se vale o homem para a sua formação, preservação e evolução. Em termos dos seus procedimentos e resultados a história registra a presença de mitos, supertições, avanços, estagnações, equívocos, etc.

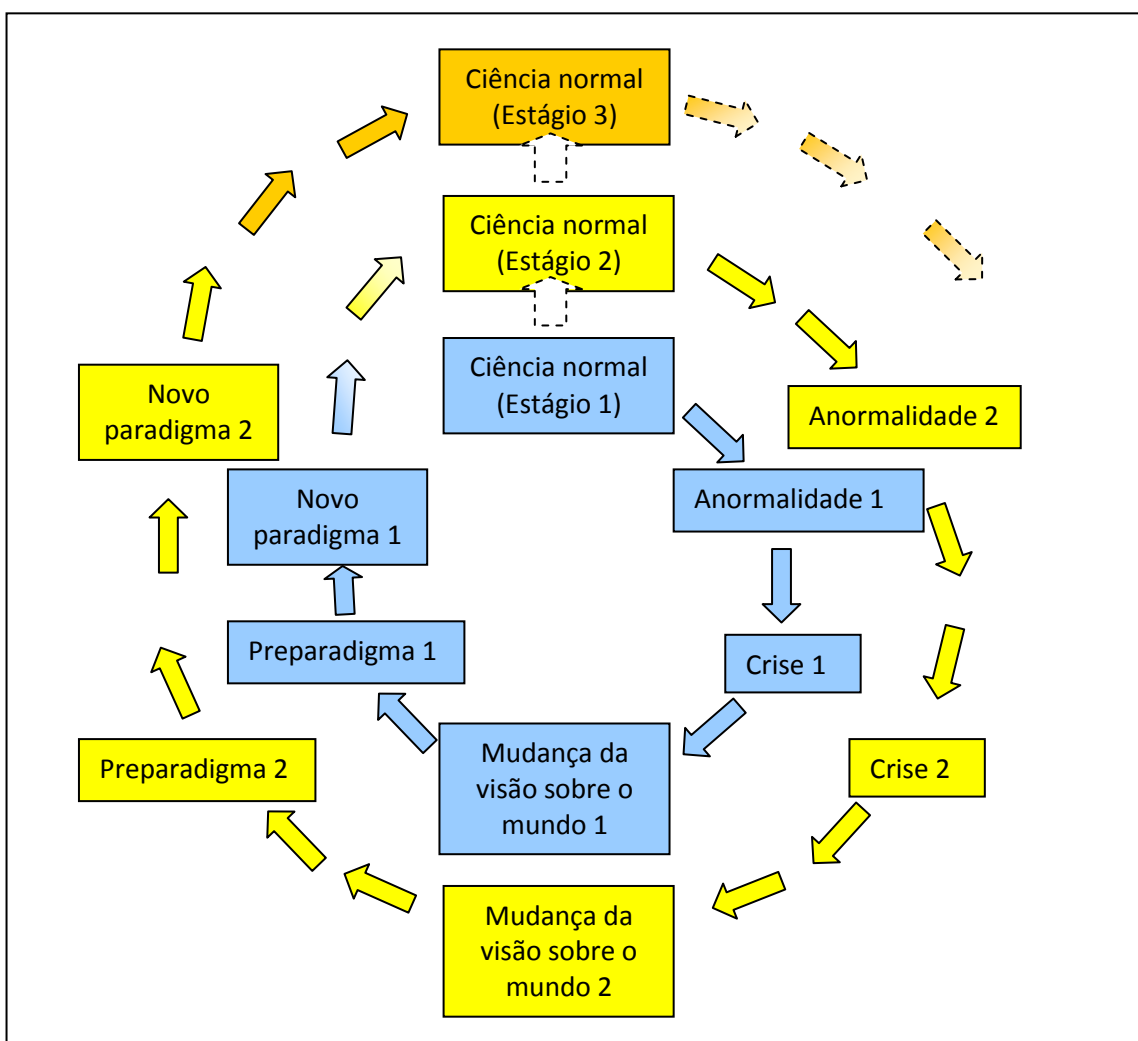
Kuhn (1996, p. 13) apresenta em seu livro ‘A Estrutura das Revoluções Científicas’ a tese de que o desenvolvimento da ciência ocorre em fases, delimitadas por meio do conceito de paradigma, que são “[...] realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. A Figura 1 auxilia na compreensão do fluxo do processo, que tem origem com um estado de coisas compartilhado pelos cientistas, incluindo conhecimento, técnicas e procedimentos por meio dos quais medem, teorizam e fazem previsões de forma aceita pela maioria (Ciência normal 1). Em seguida tem-se um estado de “anomalia” indicando que o conjunto dos pressupostos da ciência até então aceita como paradigma começa a não servir para resolver os problemas objeto de estudo, razão pela qual surge a crise.

Ao se estabelecer, a crise abre espaço para que se tenha uma nova visão de mundo, para que os problemas possam ser considerados de diferentes perspectivas,

explorando-se novas possibilidades. Surge então, a fase do preparadigma que consiste em um período um pouco anárquico, no qual diferentes concepções competem entre si.

Na fase seguinte, tem-se um novo paradigma no qual os cientistas voltam às suas rotinas e a revolução torna-se invisível. Esse processo culmina em um patamar diferente, ao qual foram acrescentados novas formas de produção, de se relacionar com o mundo, enfim, de viver (Ciência normal 2).

Figura 1 – O modelo dos paradigmas de Thomas Kuhn



Fonte: Elaborado a partir de Kuhn (1996)

Trata-se, pois, não de uma evolução científica oriunda de mera acumulação de conhecimentos, mas de circunstâncias diversas que abrem possibilidades. Esse modelo tem sido referência em diversas áreas do conhecimento humano, para se compreender o progresso humano no contexto científico.

Em resumo, as realizações da ciência são reconhecidas em um dado momento do tempo, sendo a base de referência para se resolver problemas tanto no contexto da ciência quanto no contexto social. Isso significa que há um compartilhamento de conhecimentos, de modo geral oriundo da mesma estrutura de formação profissional dentro das academias, tendo por base as mesmas referências e delas se apropriando.

No entanto, mesmo tendo sido muito utilizado o Modelo de Kuhn sofreu algumas críticas ao longo dos anos. Entre elas está a dificuldade de se delimitar de forma clara as fases que foram propostas pelo autor e as características do racionalismo científico, consubstanciadas no determinismo e no reducionismo.

Além disso, outros aspectos precisam ser considerados, entre eles se a capacidade de avançar, considerada por muitos como ilimitada. No entanto, é importante registrar que a ciência, por si, não consegue avançar. Ela necessita do homem, suas pesquisas e seus interesses, para continuar encontrando novos caminhos, nos quais registra erros e acertos, o que parece bem descrito por Horowitz e Janis (1994) ao registrarem que a ciência pode ser comparada a um edifício frágil, porque o conhecimento científico é provisório, sempre sujeito a contestações. Assim, cada teoria que surge está condenada a ser substituída, complementada ou reformulada por uma outra que a seguirá.

Nesse diapasão, afirma Demo (2013, p. 44) que

A idéia racionalista da realidade logicamente analisável até o fim, confiando na coincidência não problemática entre a estrutura do pensamento e a realidade pensada, parece estar na contramão do que hoje preferimos entender como 'real'. [...] cresce o coro dos que acreditam que tal reducionismo é particularmente deturpante e, no fundo, equivocado.

Há que se considerar, portanto, a questão da complexidade, do pensamento complexo que Morin (2006) trouxe à baila, por uma ciência com consciência. Para Morin (2005, p. 175)

A problemática da complexidade ainda é marginal no pensamento científico, no pensamento epistemológico e no pensamento filosófico. Quando vocês examinam os grandes debates da epistemologia anglo-saxônica entre Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, Hanson, Holton etc., vêem que eles tratam da racionalidade, da cientificidade, da não-cientificidade e não tratam da complexidade e os bons discípulos franceses desses filósofos, vendo que a complexidade não está nos tratados de seus mestres, concluem que a complexidade não existe.

O autor supra mencionado argumenta ainda que existem mal entendidos em relação à complexidade, destacando-se: a) conceber e utilizar a complexidade como uma receita, uma prescrição ao invés de tomá-la como desafio ao pensamento, b) confundir dois vocábulos diferentes em sua essência, ou seja, complexidade e completude. Nesse fluxo de ideias Morin (2005, p. 176-177) afirma que

[...] o problema da complexidade não é o da completude, mas o da incompletude do conhecimento. Num sentido, o pensamento complexo tenta dar conta daquilo que os tipos de pensamento mutilante se desfaz, excluindo o que eu chamo de simplificadores e por isso ele luta, não contra a incompletude, mas contra a mutilação [...] **a ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimentos** (grifo nosso).

Explicando complexidade, Trindade (2008, p. 65) mostra que ela

[...] não traz consigo a ideia de menor perfeição, tampouco se relaciona ao que é complicado, obscuro ou inexplicável. Complexidade significa "o que está ligado, o que está tecido", portanto, ao reconhecer tal trama, a trama da vida, também reconhece a ordem e a desordem, a eventualidade e a incerteza do conhecimento.

Como não é pretensão esgotar esse assunto, mas trazê-lo ao texto para estruturar um raciocínio, encerra-se aqui lembrando que para Morin (2000, p. 387) há clara oposição entre o paradigma da simplificação e o da complexidade, porque o pensamento complexo “[...] parte de fenômenos, ao mesmo tempo, complementares, concorrentes e antagonistas, respeita as coerências diversas que se unem em dialógicas e polilógicas e, com isso, enfrenta a contradição por várias vias”.

No entanto, não é fácil lidar com a complexidade. E nesse sentido, Fazenda (2008, p. 21) traz a tona a interdisciplinaridade que

[...] encontra-se diretamente ligado ao conceito de disciplina, onde a interpenetração ocorre sem a destruição básica às ciências conferidos. Não se pode de forma alguma negar a evolução do conhecimento ignorando sua história.

Por fim, é importante registrar, que a interdisciplinaridade além de refletir a possibilidade de uma nova etapa nos caminhos da ciência, constitui-se também “[...] como uma possibilidade de resgate do homem com a totalidade da vida” (TRINDADE, 2008, p. 65),

A seguir tem-se um resgate da trajetória da medicina e da psicologia, considerando elementos da ciência e do paradigma que guiaram seu percurso histórico.

2.2 A HISTÓRIA DA MEDICINA E AS BASES DA CIÊNCIA

As condições de vida para os seres humanos mostraram-se adversas desde o início da própria espécie, levando à morte prematura por meio de acidentes, enfrentamentos de animais, fome, debilidade do próprio físico, entre outros. Nesse sentido o homem foi se adaptando filogeneticamente, como forma de lhe assegurar maior longevidade. Juntamente ao processo natural de adaptação, as sociedades foram estruturando seu conhecimento e seu 'fazer' em meio a tentativas e erros, na busca da melhoria da qualidade de vida. Desse contexto surgiram as diversas áreas do conhecimento, inicialmente centradas na religião, engenharia, medicina e direito.

Com o passar dos anos observou-se a formação de um sistema hegemônico por parte da categoria profissional dos médicos, sobre outras áreas do conhecimento, com destaque para aquelas relacionadas à saúde. Logo, para se falar de saúde, tem-se que resgatar o caminho percorrido pela medicina.

Segundo Nava (2004) estudar a origem da medicina e sua evolução exige do pesquisador uma formação eclética e, ao mesmo tempo, a necessidade de recorrer a outros profissionais. Isso porque sua história está escrita na cultura, nos costumes, na religião, no folclore, nos mitos, nos ritos, em relatórios, documentos de estudiosos, documentos pessoais, enfim, em diversas áreas do saber. Assim, não se pode falar de extinção de determinados olhares, pois ainda se tem, na contemporaneidade, concepções misticoreligiosas e as de *stricto sensu* cartesiano.

Hipócrates tem sido considerado como a primeira referência e em termos da concepção da prática médica, tendo deixado consagrado o exame clínico, que por meio da medição da temperatura, da observação cuidadosa, da apalpação do corpo e da contagem dos batimentos cardíacos o levou a descrever mais de quarenta e cinco enfermidades do seu tempo (MOREIRA, ROMAGNOLI, NEVES, 2007).

Apesar disso, esse tipo de prática médica, não se coaduna com a vertente da medicina atual, que foi “[...] construída sobre a base anatomoclínica da Escola de Paris e do positivismo de Augusto Comte” (NAVA, 2004, p. 15).

Isso porque essas concepções baseadas na metafísica, na mitologia, na cultura e na religião, mantiveram os estudiosos longe da pesquisa, pois com o domínio da Igreja Católica no período medieval, muitos conhecimentos ficaram estagnados, em função

de os interesses da Igreja serem com eles conflitantes. O surgimento do Iluminismo e as mudanças decorrentes levaram a uma ruptura nessa hegemonia, permitindo assim o estudo de cadáveres, gerando como consequência, um processo de desenvolvimento do conhecimento na área da medicina.

Segundo Bynum (2011, p. 11) a medicina passou por cinco momentos que são: “[...] à beira do leito, teórica, hospitalar, comunitária e laboratorial – representando diferentes objetivos por parte dos médicos, assim como refletindo seus diferentes locais de trabalho”. Na opinião do autor a medicina apresenta forte componente de conhecimentos cumulativos, uma vez que todos os tipos descritos ainda fazem parte do cotidiano e da prática médica, porém hoje, de maneira um pouco mais interligada.

De acordo com Gallian (20--) todo esse processo, até o início do século, trouxe consigo um modelo de médico herdeiro de Hipócrates, que colocava seu olhar não na doença em si, como um problema especial isolado, mas sim “[...] no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que [o médico] se fixa com segura visão.” (JAEGER, 1995, p. 1007).

O médico clássico tinha características de filósofo, ou seja, conhecia as leis da natureza e da alma humana (GALLIAN, 20--, p. 1). “Este foi o modelo, a concepção de médico e de medicina que se perpetuou historicamente – obviamente não sem mudanças, rupturas e transformações - no Ocidente até bem pouco tempo atrás”.

A medicina se destacava entre as poucas áreas que levavam um profissional aos estudos de nível superior, dando-lhe não só o privilégio de assumir só o papel de curar, mas também de se inserir na comunidade de forma destacada, respeitada pelos demais como uma espécie de baluarte,

[...] conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia, da farmacologia mas também amante da literatura, da filosofia, da história. Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava a ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. [...] Ele era também aquele que, frente aos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no sofrimento, na preparação para a morte, além de intervir como orientador nos assuntos mais diversos, tais como o despertar da sexualidade nos adolescentes, os problemas de relacionamento do casal e inúmeras outras questões da vida familiar (GALLIAN, 20--, p. 1).

Com o passar do tempo e o surgimento da Revolução Industrial, grandes mudanças foram ocorrendo, não só para o setor produtivo, mas também para a área de saúde

com as descobertas da microbiologia e outros, gerando grandes transformações na medicina em geral (OLIVEIRA, 1981). As inovações tecnológicas forneceram suporte para a elaboração de exames específicos que foram dando novo horizonte à formação e à atuação do médico, cuja dimensão filosófica e social deu lugar ao pesquisador das ciências experimentais.

De acordo com Pancrácio (2012, p. 9) o desenvolvimento social e as ações de saneamento básico permitiram, juntamente com as campanhas de vacinação e defesa sanitária, abrir novos espaços para a medicina. Assim, “A clínica médica, desprendendo-se das concepções metafísicas anteriores, evolui para um período de investigação positiva, de indagações diagnósticas”.

Foucault (1977) atribui o nascimento da clínica entre o fim do século XVIII e o início do século XIX, período decisivo para os médicos no que tange à adoção da objetividade do discurso por meio do olhar redutor: trata-se da presença da doença no corpo, que passa a ser representado pelo órgão em disfunção, ficando o sujeito apagado nesse olhar. Não há espaço para ele, há somente um órgão doente.

O discurso médico passa a ter os contornos da cientificidade, fundamentado em práticas que tomam o corpo pelo olhar tecnológico.

Para finalizar essa breve retrospectiva, pode-se dizer, conforme Torres-Goitia (2000, p. 12, tradução nossa) “A prática médica tem sido guiada mais pelo conhecimento experimental e resultados estatísticos, do que por leis de fenômenos naturais ou sociais com os quais se defronta”.

2.3 A HISTÓRIA DA PSICOLOGIA

Para Goodwin (2010, p. 79) a psicologia nasceu quase que concomitante à medicina moderna, uma vez que

[...] ao longo do período em que a idéia da abordagem científica da psicologia começou a ganhar forma na mente de filósofos como os empiristas britânicos, o modelo do cientista como herói predominava. Se o pensamento científico e a razão humana podiam iluminar o mundo no que se refere à física e à química, por que não no que diz respeito à biologia? E nesse caso, por que não também à psicologia?

Em meio ao que se denominou Fisiologia dos Sentidos surgiram as pesquisas desenvolvidas pela área da psicologia, embora realizadas por médicos, como o próprio Wundt. Assim, a “[...] nova psicologia exigia o exame científico da experiência consciente humana, por métodos tomados de empréstimo à fisiologia experimental e suplementados por novas estratégias” (GOODWIN, 2010, p. 120). Iniciou-se então, uma prática embasada em um saber médico no qual

[...] é impossível diagnosticar sem antes descrever os sintomas/sinais e conhecer os antecedentes da enfermidade. Do mesmo modo, não é possível fazer um prognóstico, sem antes obter um diagnóstico (MOREIRA, ROMAGNOLI, NEVES, 2007, p. 610).

Inicialmente até o próprio Freud se ateu a essa lógica, a lógica da clínica do olhar, do exame, do diagnóstico, da doença e da cura e mesmo tendo construído uma nova forma de pensar e ver o mundo, em 1935, a divisão da Psicologia Clínica da *American Psychiatry Association* (APA) definiu que

[...] a Psicologia Clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição análise e observação e, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo (MACKAY, 1977, p. 75).

Observa-se, portanto, um enfoque com a lógica da medicina positivista. Nesse sentido, segundo Schraml (1973, apud RIBEIRO; LEAL, 1996) foram Lagache e Piaget os profissionais que mais se esforçaram em prol do reconhecimento da Psicologia na vertente clínica, expressão que foi utilizada em relação à nova área.

Outros fatores também contribuíram para que esse olhar se mantivesse ao longo dos anos destacando-se: a objetividade dos pesquisadores norte-americanos, a busca pela psicométrica e a aproximação com a psiquiatria.

De acordo com Ribeiro e Leal (1996) essa primeira definição se estendeu até os idos de 1970, uma vez que precisava encontrar um caminho epistemológico que a ela desse o reconhecimento de ciência, embasando sua prática no Método Clínico e no Raciocínio Clínico.

Essa aproximação se deu, sobretudo, pela formação médica dos primeiros profissionais que trataram das doenças mentais e das doenças neurológicas, o que conduziu a apropriação do sentido clínico da medicina, pelos profissionais da psicologia, culminando na adoção dos princípios do modelo biomédico.

No entanto, esse pensamento, por mais que tenha se implantado no saber e fazer da psicologia, não se configura como um pensamento homogêneo, pois diversos profissionais fizeram incursões diferentes, manifestando olhares possíveis e alternativos a essa prática do discurso médico.

Ao se pensar em outros ângulos sobre o caminho percorrido pela psicologia enquanto área-do-saber, quatro grandes contribuições se destacam na sua construção fora do molde sintoma-diagnóstico-medicamento-cura: a visão de

Charcot; a mudança de postura de Freud em relação ao saber médico; as construções da psicologia social de Martin-Baró e as proposições críticas de Foucault.

Para Charcot, a histeria violava o princípio médico de que todos os sintomas seriam de origem orgânica e o princípio psicológico de que a mente só é capaz de um pensamento de cada vez. Alegava que os fatos não deixavam de existir somente por contrariarem as teorias vigentes.

Com o chamado Teatro Charcotiano ele queria provar que a histeria era uma doença mental e que a mente se divide seguindo duas linhas de pensamento ao mesmo tempo. Valendo-se da hipnose demonstrou que era possível induzir a histeria no desaparecimento de seu sintoma, fazendo surgir outros, que eram vistos em outros pacientes. No entanto essa técnica permitia compreender o processo, mas não produzia a cura.

Freud, ao conceber a Teoria Psicanalítica, trouxe, além das contribuições do construto geral, um ponto fundamental à psicologia, quando propôs a *Talking Cure*, afirmando que o saber está no sujeito, que o manifesta por meio da fala.

Para Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 613) ele introduziu “[...] a mudança do paradigma da observação para o da escuta, a importância da resistência e, em última instância, a perspectiva de tratar o cliente como um sujeito de sua história de adoecimento, e não como mero objeto”.

Com isso Freud traz uma postura totalmente diferente da postura médica, da cura por meio do olhar sobre a doença, restringindo o sujeito a um órgão em mau funcionamento. Ele sai do lugar do sujeito que sabe, o Sujeito-suposto-saber, do discurso do mestre, porque compreendeu que o sentido das coisas é aquele que o sujeito atribui. É um processo de desterritorialização do instituído, do lugar do

médico, do mestre, do que sabe, do que faz o diagnóstico, do interventor, para ouvir os significados do sujeito. Assim, não se trata de encaixar o sujeito em normas, modelos ou teorias, dentro da noção de “sujeito ideal”, mas sim, de compreender seus significantes. Foi pela possibilidade de sustentar o lugar de suposição de saber para o sujeito, sem mais responder do lugar do mestre, do que sabe sobre o sujeito, deixando a este mesmo construir/falar sobre seu saber, que Freud pode fundar o discurso do analista.

Dentro desse viés, afirma Guerra (2002) que passou a haver uma rotação no eixo da prática, que antes, fundamentada no olhar sobre o sintoma, o fenômeno, se transmuta na prática da escuta, perdendo seu vínculo com a patologia e construindo entrelaçamentos com a demanda do sujeito.

A psicanálise traz sua contribuição ao iniciar um processo de mudança, saindo da prática médica para a clínica da escuta, dando sentido à fala do sujeito.

Em outra vertente, estão as contribuições da Psicologia Social, que a despeito de ter tido sua origem na Europa e se consolidado nos Estados Unidos, são também importantes, particularmente as propostas de Martín-Baró no contexto latino-americano, para quem o papel do psicólogo extrapola o intramuros e se estende pelo social, devendo este se implicar na situação histórica dos povos e suas necessidades.

À época Martín-Baró (1996, p. 6) propugnava três faces de um mesmo problema: “a situação estrutural de injustiça, os processos de confrontação revolucionária e a acelerada conversão das nações em satélites dos Estados Unidos.”

A injustiça estrutural aborda a estruturação injusta dos sistemas sociais que ocorre em sociedades pobres e subdesenvolvidas nas quais os governos “ [...] distribuem desigualmente os bens disponíveis, submetendo a maioria dos povos a condições miseráveis que permitem pequenas minorias desfrutarem de todo o tipo de comodidade e luxo” (MARTÍN-BARÓ, 1996, p. 8).

Por se tratar de situação específica da América Central, embora possa ser adaptada à conjuntura brasileira, não cabe aqui falar da confrontação revolucionária ou do poder norte-americano.

Ao falar do papel do psicólogo ele argumentou que:

Não se trata, portanto, de se perguntar o que pretende cada um fazer com a psicologia, mas antes e fundamentalmente, para onde vai, levado por seu próprio peso, o *que fazer* psicológico; que efeito objetivo a atividade psicológica produz em uma determinada sociedade (MARTIN-BARÓ, 1996, p. 13).

Martin-Baró propôs a realização de um exame crítico do papel do psicólogo, mudando seu foco do fazer a análise psicológica, direcionando seu olhar e sua preocupação para a “caixa preta” da consciência humana. Não a consciência do âmbito privado, do saber, do sentir, do que está subjetivo em cada indivíduo, mas à consciência

[...] onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social.

[...]

A consciência inclui, antes de tudo, a imagem que as pessoas têm de si mesmas, imagem que é o produto da história de cada um, e que obviamente, não é um assunto privado; mas inclui, também, as representações sociais (MARTIN-BARÓ, 1996, p. 14).

Aqui se vê então a concepção de que fazer psicologia é ajudar o sujeito a sair do lugar de assujeição.

Ratificando as propostas de Martin-Baró, Moreira (2004) argumenta que a Psicologia deveria estar engajada no compromisso social, no qual não faria sentido fortalecer os projetos de busca do “verdadeiro eu”, mas sim desvelar para o eu, sua pertinência necessária e vital no campo do outro, revelar sua condição estruturante de “ser com”. Parte-se do princípio que não há individualismo que se sustente na ausência do social.

Por fim, traz-se o pensamento de Foucault, para quem a medicina é classificatória, porque construiu e toma por base um manual que classifica as doenças, o que significa que antes de olhar a doença, já existe uma estrutura classificatória e organizada no imaginário do médico, que, por consequência, abstrai o doente, com suas qualidades particulares. Isso leva a pensar que “O olhar do médico não se dirige ao corpo concreto, mas aos signos que diferenciam uma doença da outra” (FOUCAULT, 1977, p. 7). Dessa forma, ele precisa deixar a doença se manifestar para reconhecê-la.

Uma das críticas que o autor faz é que o hospital passou a ser um lugar de isolar as pessoas doentes das saudáveis. Um local de vigilância para se proteger o sadio e não de cura para o doente. Isso porque, segundo Foucault (2002) o contexto de

forças de poderes instituiu uma nova forma de controle sobre os indivíduos, forças essas que passaram a fazer o adestramento dos corpos e das almas, por meio de técnicas e dispositivos que impunham a disciplina em todos os ambientes, nas relações sociais.

Foram então instituídos dispositivos disciplinares tais como: normas, regulamentos, descrição de tarefas, inspeções, dentre outros.

Dessa forma, para Foucault (1977, p. 27) “Só poderia haver uma medicina das epidemias se acompanhadas de uma polícia: vigiar a instalação das minas e dos cemitérios, obter, o maior número de vezes possível, a incineração dos cadáveres, em vez de sua inumação”.

Isso quer dizer que não caberia à medicina a percepção do doente em sua singularidade, mas a consequência das doenças no Estado. Dessa forma, a tarefa primordial do médico se tornava política, ou seja, surge o lugar da biopolítica.

No caso da psicologia, segundo Silva (1992) a prática da psicologia acabou direcionada aos consultórios, com “tratamentos” longos, de difícil acesso à população menos privilegiada, em função de seus custos. De modo geral houve uma padronização de técnicas e procedimentos na medida em que

[...] os métodos e as técnicas privilegiados na formação do psicólogo, em geral, importados de outras realidades, têm sido pautados em valores sociais completamente diversos das populações que se apresentam às instituições públicas (SILVA, 1992, p.32).

Trazida ao Brasil no bojo de movimentos higienistas e eugenistas, prestou-se, inicialmente à seleção dos “normais” dos que não apresentavam condições para branquear a raça e fortalecer suas características físicas e morais em prol do progresso.

Nesse sentido afirma Guerra (2002, p. 29) que

[...] a história da Psicologia, nos evidencia uma tradição de trabalho associado ao controle, à higienização e à diferenciação, que, desde os primórdios de seu nascimento, associaram às práticas sociais e políticas a manutenção do *status quo*.

O que se deduz então é que a prática clínica da psicologia, conforme registrou Martin-Baró (1996) não estava em sintonia, comprometida, com as questões sociais, mas com o biopoder. Na concepção de Foucault (1999) o saber e o poder deram origem a sistemas de vigilância, de controle social praticados pela medicina e pela psicologia.

Os primeiros cursos de psicologia foram estruturados dentro dessa lógica, do compromisso com as aferições, as medições, com a proposta de se diagnosticar e tratar na busca de uma conformação do sujeito a um padrão de homem ideal, segundo a sociedade. Os primeiros profissionais se prestaram a práticas higienistas e eugenistas, colaborando com o pensamento dominante da época.

De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007) “A clínica psicológica é herdeira do modelo médico, [...] cabe ao profissional observar e compreender para, posteriormente, intervir, isto é, remediar, tratar, curar”, o que se configura dentro dos ideais higienistas, colocando-a durante muito tempo, divorciada das questões sociais.

É importante destacar que como herdeira da medicina, de acordo com Guerra (2002), apesar das contribuições de Freud, a psicologia continua se fazendo calcada no individualismo, sem espaço para a visão holística de Hipócrates. Até porque, segundo Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 614) o próprio “[...] sujeito moderno se percebe como um ser singular, um ser que conquistou o direito de exercer sua individualidade de maneira sigilosa, em segredo, de forma a resguardar-se da exposição pública”.

Cerca de cinquenta anos se passaram desde que foi regulamentada a profissão no Brasil e a maior parte dos psicólogos ainda desenvolve suas atividades focadas no sentido clínico, no consultório.

No entanto, de acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 615)

[...] o contexto social passou a adentrar os consultórios, de forma a convocar os psicólogos a saírem dele, ou seja, para responder às novas formas de subjetivação e de adoecimento psíquico, o psicólogo deveria compreender a realidade local. A Psicologia “tradicional” é “obrigada” a se redesenhar, tornando-se mais crítica e engajada socialmente.

Os movimentos sociais, sobretudo os que culminaram na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), também trouxeram uma proposta de mudança em termos dessa prática individualizante.

Segundo Figueiredo (1997) e Schneider (2002, p. 37) há um equívoco em pensar a clínica simplesmente como prática de consultório, pois não é o local que faz a clínica, mas sim a qualidade da escuta e da acolhida que se oferece ao sujeito. Assim, o *setting* se configura apenas como um *lócus* possível, do qual não depende o psicólogo clínico, uma vez que ele se define por sua postura diante do outro.

Para Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 615) “A clinica individual é fundamental, mas não podemos nos perder no individualismo”, o que leva a pensar nos argumentos propostos por Bleger (1992, p. 20) de que “[...] a função do psicólogo não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública”. Isso porque ela sustenta o individualismo e fortalece a lógica perversa do capital.

Nessa ótica, Paulin e Luzio (2009, p. 99) argumentam que é necessário “[...] repensar esse modelo de fazer Psicologia e expandir as suas práticas e formas de atuação [...]” discutindo-se os desafios e as possibilidades da formação do psicólogo e o seu fazer profissional, neles incluindo o contexto da Saúde Pública.

Mas esse repensar não se limita ao âmbito da psicologia. De modo geral, todas as áreas do conhecimento que resultaram na formação de algum tipo de profissional tem se defrontado não só com as dificuldades do ensino-aprendizagem, quanto com as especificidades do conhecimento, da própria ciência, que culmina na especialização e fragmentação do saber.

3 METODOLOGIA

3.1 PLANO DA PESQUISA

Ao se iniciar a elaboração do projeto da presente pesquisa aventou-se a hipótese de que houvesse material bibliográfico publicado no Brasil suficiente, que permitisse compreender a Síndrome de Gilles de La Tourette por meio da descrição histórica de sua trajetória, mapeando assim seu percurso e descrevendo as contribuições da psicologia em suas diferentes linhas tomando como ideal o tratamento multidisciplinar da ST.

No entanto, houve necessidade de refazer o plano inicial, partindo-se para um levantamento em publicações internacionais, alterando-se inclusive a proposta inicial de se trabalhar com material publicado nos últimos cinco anos.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

As pesquisas têm sido classificadas dentro de duas grandes abordagens, quais sejam: quantitativas e qualitativas (RICHARDSON et al., 2011). Durante muito tempo as que privilegiavam o tratamento estatístico dos dados tiveram maior reconhecimento do que as que consideravam outras dimensões, porém os estudiosos perceberam a sua função e em relação ao assunto, Demo (2013, p. 152) apresenta ampla discussão ressaltando que a pesquisa qualitativa busca “[...] salvaguardar o que a metodologia dura joga fora, por não caber no método, sendo isso por vezes o mais importante na realidade”.

Trata, portanto, o presente estudo de uma pesquisa de natureza qualitativa, que conforme Neves (1996, p. 1) não se baseia em variáveis que permitem operacionalização estatística. Muito ao contrário, seu foco é amplo. Segundo Demo (2013, p. 152) nela

[...] se abandona a representatividade estatística das pesquisas empíricas controladas, bastando a análise de pequeno grupo, por vezes de algumas pessoas apenas, supondo que a representatividade possa ser substituída pela exemplaridade.

Considerando seus fins, consiste em uma pesquisa descritiva que segundo Gil (2012, p. 28) elas “[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno [...]”, no caso, características da produção científica da Síndrome de Tourette em diversos aspectos a ela relacionados.

Além disso, pode ser classificada como bibliográfica que para Farias Filho e Arruda Filho (2013, p. 64) não se limita aos meios: “Ela é meio, porque permite se chegar até a base teórica, e é fim, porque é por meio dela que serão retirados os dados e/ou informações para serem analisados como forma de apresentar melhor resultados”.

Saindo dessa dicotomia fins-meios, de acordo com Castro (2006) a pesquisa bibliográfica pode ganhar a dimensão de uma revisão integrativa que difere da revisão narrativa, por se apoiar em um planejamento para responder questões específicas, utilizando métodos claros e organizados para coletar e analisar o material encontrado, integrando em um só documento ampla variedade de resultados obtidos anteriormente por outros pesquisadores.

Essa classificação parece mais adequada na medida em que a proposta foi centrada na busca de material bibliográfico que permitisse a produção de um texto contemplando os objetivos traçados.

Em relação aos trabalhos de revisão integrativa afirma Rother (2007) que possuem originalidade, uma vez que utilizam fontes confiáveis, gerando um novo conjunto de informações, agregadas em um único documento, que dificilmente seria acessível em sua forma fragmentada, a pessoas que não tem o hábito da pesquisa.

Em outra dimensão, Rodrigues (2007, p. 29) discorre sobre as pesquisas analíticas e sintéticas. No primeiro caso recorta-se especificamente o objeto de interesse, fazendo um estudo minucioso de suas partes e detalhes. No segundo caso, “O estudo sintético, como o nome sugere, busca elaborar uma síntese, que pode ser descritiva, explicativa ou compreensiva, como pode ser teórica ou prática. Consiste em uma referência ao todo, sem particularizar detalhes”.

Em resumo, pode-se dizer que esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, a partir da qual assume características de descritiva, bibliográfica, integrativa e sintética.

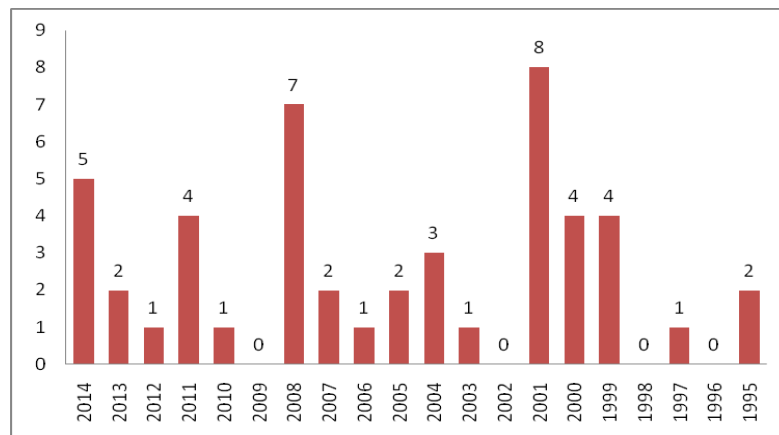
3.3 A COLETA DOS DADOS

Em termos da coleta de dados foi utilizado o levantamento que no caso, refere-se aos procedimentos para identificação de material técnico e acadêmico necessário ao desenvolvimento da pesquisa, à sustentação da análise dos dados e sua discussão.

Logo no início, ainda durante a escolha do tema e identificação do problema de pesquisa foi realizado um levantamento na base Scielo representada no Gráfico 1, onde se pode ver a distribuição da produção ao longo dos anos de 1994 a 2014. Para tanto foram utilizados três descritores básicos (“Tourette”, “Síndrome”, “Tiques”) individualmente ou de forma combinada com: “comorbidade”, “etiologia”, “prevalência”, “tratamento”, “medicação”, “psicologia”, “psicanálise”, “comportamental”, “cognitivo”, “humanista”, “fenomenologia”, “gestalt”, “Gilles”.

No Gráfico 1 é possível observar que apenas 13 artigos sobre o tema foram publicados nos últimos cinco anos, apresentando um número insuficiente de referências.

Gráfico 1 - Distribuição de publicações sobre a ST de 1995 a 2014



Fonte: Elaboração própria

Do total de 48 artigos encontrados, 13 foram publicados nos Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 12 na Revista Brasileira de Psiquiatria, três nos *Archives of Psychiatry* (São Paulo), três na revista *Salud Mental*, dois *European Journal of Psychiatry*, dois na Revista Médica do Chile. As demais publicações contribuíram com um artigo cada uma (Arquivos Médicos, Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, Avaliação Psicológica Latinoamericana, Iatreia, Jornal de Pediatria, Jornal Brasileiro

de Psiquiatria, Neurocirurgia, Revista Cubana de Pediatria, Revista Hospitalar Clínica, Revista Brasileira de Educação Especial, Revista Chilena de Neuropsiquiatria, *São Paulo Medical Journal* e *Trends Psychiatry Psychotherapy*).

A partir do título e do resumo do artigo foram separados diversos trabalhos para leitura na íntegra. Parte deles auxiliou a compor este texto e encontra-se nas referências.

Essa busca inicial foi complementada por levantamentos realizados nas bibliotecas da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo e da Universidade Federal do Espírito Santo e em bases de dados virtuais, tais como Scholar Google e periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) tanto em português quanto em inglês, com a aceitação de textos também em espanhol.

No caso particular da Capes, ao se utilizar o nome “Tourette” retornaram 4.574 artigos internacionais, dentro do período de 1800 a 2015. Os resultados incluíram não só resultados de pesquisa, como também artigos de revisão e estudos de caso.

Desses, 4.065 foram publicados em inglês, 76 em francês, 39 em português, 34 em alemão e 30 em espanhol. Considerando-se a restrição de acesso devido à falta de domínio da língua alemã e francesa por parte da pesquisadora, ficaram 4.464 produções.

Em seguida optou-se por utilizar um filtro temporal, limitando a pesquisa aos cinco últimos anos, tendo retornado um total de 1.302 publicações.

Refinando esses resultados pelos temas *Tourette*, *Comorbidity*, *Tourette's Syndrome*, *Behavioral and Neuroscience*, *Gilles de La Tourette Syndrome* e *Tourette Syndrome* ainda ficaram 1.104 artigos em inglês, cinco em alemão, quatro em francês, quatro em espanhol, quatro em polonês e dois em português. Esse resultado, no entanto, ainda dificultou muito o trabalho de seleção, pois muitos títulos, apesar de fazerem referência aos assuntos de interesse não tinham em seu conteúdo as informações que se buscava.

Diante disso, optou-se por refazer a pesquisa considerando o período de 2013 a 2015, tendo-se obtido 695 artigos que passaram novamente por filtros. O resultado mostrou um total de 388 artigos destacando-se: 184 (*Tourette Syndrome*), 57 (Tics), 26 (*Gilles de La Tourette Syndrome*), 22 (*Tourette's Syndrome*) e 15 (*Tic Disorders*).

Os 84 restantes mencionavam o vocábulo mas tratavam de outro assunto, apenas mencionando o tema em questão.

Em seguida fez-se uso dos filtros *psychology* e *psychoanalysis*, mas o retorno não foi frutífero, evidenciando a ausência de publicações com enfoque na área. O que se verificou foi a publicação de trabalhos em revistas que tinham em seu título os dois vocábulos utilizados para a busca.

O critério inicial de utilização dos textos foi a busca de informações mais específicas, que pudessem fornecer subsídio para a elaboração de material que sustentasse a proposta da pesquisa. Mas diante dos resultados encontrados e do fato de a maior parte da produção nacional contemplar mais a dimensão técnica nos textos, às vezes até de difícil compreensão para quem não é da área, optou-se por traçar uma estrutura central em relação ao que se pretendia como texto final, o que incluiu então os seguintes tópicos e suas justificativas, que podem ser vistos no Quadro 1, para em seguida fazer a escolha do material a ser utilizado. Esses foram, portanto, os critérios de inclusão.

Quadro 1: Estrutura dos temas de interesse (continua)

Tópicos	Justificativa
História da Síndrome de Tourette	A maioria dos textos em português e até mesmo os publicados internacionalmente apresentam apenas uma breve história da síndrome, mostrando-se repetitivos e pouco claros em termos da sequência cronológica dos fatos.
O quadro clínico	Características gerais da síndrome.
O diagnóstico	Elementos considerados para a elaboração do diagnóstico.
Etiologia e epidemiologia	Os textos são pouco claros quanto à etiologia e as informações sobre epidemiologia se repetem.
Comorbidades	As duas comorbidades mais citadas são o TOC e o TDAH, porém percebeu-se que existem outras que são pouco mencionadas.
A evolução terapêutica	Assim como a história da síndrome a evolução terapêutica apresentada nos textos mostrou-se confusa, sem uma sequência cronológica dos fatos.
O tratamento medicamentoso	As referências aos medicamentos utilizados são repetitivas e há muitos artigos com resultado de pesquisas com medicamentos, sem consenso.
Contribuições psicoterápicas	Há poucos artigos publicados que tratam da temática.
Abordagem comportamental	Tem sido referenciada mas os artigos descrevendo casos são escassos.
Abordagem cognitivo comportamental	Tem sido referenciada mas os artigos descrevendo casos são escassos.
Abordagem fenomenológica	Foi encontrado apenas um artigo que anuncia o tema, mas apresenta poucas informações efetivas.
Psicanálise	Foi encontrado apenas um artigo que faz referências à forma de conduta no início do século XX.

Quadro 1: Estrutura dos temas de interesse (continuação)

Tópicos	Justificativa
Aspectos interrelacionais e sociais da ST	Há bastante material na internet sobre o tema, mas poucos artigos técnicos publicados. Foi encontrado apenas um artigo para orientação da família, um descrevendo aspectos do contexto social e poucos sobre o ambiente escolar.
O trabalho multidisciplinar e o lugar social do sujeito com a ST	Diversos textos mencionam a necessidade da interação de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento de pacientes com a ST, no entanto, não há artigos relatando casos ou descrevendo o processo. O material que versa sobre o sujeito da ST e seu lugar social só foi encontrado em fonte como associações, sítios de instituições profissionais, de profissionais e blogs, o que revela a necessidade de sistematizar esse tipo de informação.

Fonte: Elaborado pela autora

Tomando-se essa estrutura como referência, parte do material levantado foi objeto de uma leitura ampla para uma primeira seleção e depois, de uma leitura acurada, fazendo a retirada dos fragmentos de textos com possibilidade de contribuir para a pesquisa. Em um segundo momento foram também buscados alguns autores citados nos textos, para os quais se considerou necessária a consulta direta pela importância da informação. Dessa forma teve-se que recorrer a sucessivos levantamentos, mormente na base de dados dos Periódicos Capes, com destaque para a produção em língua inglesa.

3.4 O TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado por meio de recortes dos conteúdos encontrados, algumas vezes com simplificação e quadros, outras com questionamentos e comparações entre as ideias e achados dos autores, dentro do que se denomina fichamento de conteúdo e de comentário (BRASILEIRO, 2013).

Todo esse material foi organizado em um texto integrativo com uma sequência lógica das informações, explicações e em alguns momentos replicando os achados (MARTINS; THEÓPHILO, 2007), o que atende aos objetivos de uma pesquisa bibliográfica conforme registram Nascimento e Teixeira (2012, p. 215) que são: “a) reunir, em um conjunto lógico e crítico, textos publicados isoladamente; b) resumir, analisar e avaliar informações já publicadas”. Além disso os autores dão ênfase à necessidade de uma sequenciação lógica na produção do texto final, uma vez que “A parte referente aos resultados é mais detalhada, com maior explicação do

assunto, encadeamento e ordenação das ideias, tendo em vista a situação-problema levantada, o objetivo proposto e tendo por base o esquema elaborado” (NASCIMENTO; TEIXEIRA, 2012, p. 225-226).

Essa estrutura textual do formato final do trabalho atende aos requisitos da revisão integrativa, conforme discorrem Mendes, Silveira e Galvão (2008) ao afirmarem que se trata de um texto elaborado com base em publicações, que resume o passado, quer seja de natureza empírica ou teórica, fornecendo elementos para a compreensão mais abrangente de um fenômeno até então estudado de formas particulares.

Por fim, foram tecidas as considerações finais.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Este capítulo foi elaborado com recortes articulados de trabalhos de autores diversos que pesquisaram sobre a Síndrome de Tourette, incluindo reflexões sobre a bibliografia à qual se recorreu. Ele está organizado em duas grandes partes que são: A composição textual e as reflexões sobre os achados.

A primeira parte é resultado da análise integrativa do material levantado, que, conforme Rother (2007), é o que permite gerar um novo conjunto de informações.

Na segunda parte foram feitas as reflexões sobre os achados, discutindo-se questões que surgem a partir da apropriação e sistematização do conjunto de informações sobre a ST, assim como a partir também da constatação relativa à falta de material produzido sobre alguns tópicos, especialmente sobre o que se refere ao sujeito que vive com a síndrome.

4.1 A COMPOSIÇÃO TEXTUAL

Esta parte do trabalho foi elaborada como uma tecitura de fragmentos do material pesquisado. Nela buscou-se integrar conceitos, história, resultados de pesquisa e informações, de modo a obter um quadro geral sobre a Síndrome de Tourette, aproximando-se do que se denomina de estado da arte.

4.1.1 A História da Síndrome de Tourette

A busca realizada sobre os primeiros registros de tiques na história da medicina revelou-se infrutífera, uma vez que tudo o que foi encontrado ficou restrito ao período da pesquisa de Itard e Gilles de La Tourette. No entanto, não há como negar que os tiques eles existem há milhares de anos, sendo referenciados por Lacerda Júnior (2003), Santos e Lopes (2009) e Siqueira Júnior (2003) como parte integrante da literatura e da religião.

Os tiques fazem parte da sintomatologia da ST, que recebeu essa denominação em homenagem a Georges Albert Édouard Brutus Gilles de La Tourette, a quem se atribui a primeira grande contribuição para a compreensão do tema na área médica (KEVIN; McNAUGHT; MINK, 2011).

No entanto,

Especula-se que Sprenger e Heinrich Kraemer foram os primeiros pesquisadores a relatarem um caso de Síndrome de Tourette, em 1489, no livro intitulado *Malleus Maleficarum* ou 'Martelo das Bruxas'. Trata-se da história de um sacerdote que apresentava tiques motores e vocais, interpretados à época, como possessão demoníaca (KUSHNER, 1995, p. 224, Tradução nossa).

Germiniani e outros (2012) também fazem referência a esse caso esclarecendo que no livro o padre não tinha sinais claros de disfunções ou excentricidades, porém apresentava movimentos anormais da língua, tiques vocais e uso de palavras obscenas (coprolalia), sendo que esses fatos ocorriam sempre que ele se ajoelhava diante da imagem da Virgem Maria. O padre alegava que não conseguia controlar esse tipo de comportamento. É interessante registrar que no mesmo livro, *Malleus Maleficarum*, há também o relato do caso de uma mulher que manifestava comportamento inadequado durante a missa, dizendo obscenidades no momento da bênção final. Tal ato poderia ser interpretado como coprolalia (MURARO, 1991). Por consequência de seu comportamento ambos morreram queimados em fogueira.

Porém essa especulação não tem sido muito referenciada como o marco inicial do conhecimento da ST, tampouco o trabalho de Armand Trousseau, um médico francês que, 12 anos antes de La Tourette, descreveu um caso com características da síndrome, ou seja, uma condição que envolvia tiques motores e vocais de forma repetida (RICHARDS; WOOLF; CAVANNA, 2010).

No entanto, apesar desses registros, a dúvida frequentemente encontrada diz respeito a Jean Marc Gaspard Itard e Gilles de La Tourette. De acordo com Loureiro e outros (2005) o material utilizado pelo pesquisador foi uma descrição do quadro clínico que continha um registro dos tiques da Marquesa de Dampierre, feito por Itard, em 1825. Ainda assim, o mérito foi dado ao discípulo de Charcot, porque seus estudos geraram grande contribuição ao entendimento da doença, sobretudo fazendo sua distinção em relação a algumas desordens neurológicas (LAJONCHERE, NORTZ, FINGER, 1996).

Teive e outros (2008) e Kushner (1995) relatam que a marquesa sofria de uma desordem caracterizada por movimentos involuntários associados a vocalizações repentinas de obscenidades, não só incomuns à época, como também incompatíveis com a posição social e intelectual de uma mulher de classe alta. Esses comportamentos a levaram, aos 26 anos, a uma vida de reclusão (BASTOS; VAZ, 2009). Esses sintomas ainda são elementos balizadores do diagnóstico, pois de acordo com Loureiro e outros (2005, p. 218-219), a ST inclui o “[...] uso involuntário ou inapropriado de palavras obscenas (coprolalia) e a repetição involuntária de um som, palavra ou frase de outrem (ecolalia)”.

Em 1885, Gilles de La Tourette, trabalhando no Hospital de *La Salpêtrière*, descreveu, de modo formal e completo o transtorno, a partir de fragmentos de informações de relatórios anteriores e de pesquisa com nove pacientes, definindo uma nova entidade clínica (DÍAZ-ANZALDÚA; ROULEAU, 2008; PÉREZ-RINCON, 2007; LAJONCHERE, NORTZ, FINGER, 1996).

Segundo Kushner (2000a, p. 76, tradução nossa) “Gilles de La Tourette e Charcot insistiram em afirmar que eles haviam descrito uma doença, porque eles identificaram um conjunto de sinais e sintomas, o curso e as causas predisponíveis da síndrome”. Porém, estudos posteriores levaram a entendimentos diversos sobre a síndrome, sobretudo no que diz respeito à sua etiologia e tratamento.

De acordo com Bennett, Keller, e Walkup (2013) os críticos sustentaram que os tiques eram simplesmente um sinal de degeneração mental ou uma manifestação somática da histeria, e não uma doença separada ou distinta. Meige e Feindel (1907), por exemplo, descreveram os tiques como problemas de controle do impulso, um hábito duradouro ou fraqueza de vontade, sugerindo estratégias que parecem relacionadas a intervenções comportamentais, na época, incluindo a supressão do comportamento e o controle da respiração.

De 1885 aos dias atuais muitas discussões e posicionamentos diferentes se fizeram presentes na história e na compreensão da ST. À época, alguns médicos já haviam se posicionado contra Charcot e Gilles argumentando que os tiques e a coprolalia seriam uma variação da Doença de Coreia (KUSHNER, 2000a).

No início dos anos 1900 esse argumento perdeu força na medida em que alguns pesquisadores afirmaram que essa doença seria necessariamente precedida de

febre reumática (KUSHNER; KIESSLING, 1996). Posteriormente, entre 1918 e 1926 houve uma epidemia de encefalite infecciosa em todo o mundo, que tinha os tiques como uma de suas seqüelas (KUSHNER, 2000b), surgindo mais uma hipótese para sua origem.

Nesse mesmo período, década de 1920, Ferenczi, discípulo de Freud, se interessou pelo assunto argumentando junto com seus seguidores que os tiques e a coprolalia poderiam ter relação com desejos masturbatórios reprimidos. Assim a doença seria um substituto simbólico e lingüístico para a masturbação, sendo a vocalização e os movimentos repetitivos uma expressão desse sentimento erótico (FERENCZI, 1921). Essa teoria foi popularizada por Margareth Mahler nos idos de 1940.

Em 1922 o psiquiatra Charles Trepasat publicou um artigo no qual descrevia ter tido sucesso ao tratar um homem de 27 anos, por meio da psicanálise. Ele procurou pistas nas relações familiares do paciente, tendo encontrado uma relação problemática com a mãe e para Trepasat (citado por Kushner 2000b, p. 67-68, tradução nossa) “O caso de Paul provou que a origem dos tiques pode sempre ser encontrada no recalque psíquico”, o que não foi muito aceito por outros clínicos, até mesmo os que eram adeptos da psicanálise, que relutaram em atribuir a essa patologia uma categoria psicanalítica.

Assim, “A definição do que se constituíam as causas da doença continuava longe de ser unânime” (KUSCHNER, 2000b, p.81, tradução nossa) e até meados de 1930 “[...] não havia evidências *pso facto* de que os tiques tinham origem mental ou física”. Isso porque houve um grande número de casos relatados de forma diferente que tornou difícil à área médica sustentar um único diagnóstico, que passou a ser elaborado conforme a filosofia e o treinamento dos médicos, resultado em diferentes tratamentos para históricos e sintomas semelhantes.

Na década de 1930 continuaram a surgir teorias contraditórias e confusas à respeito das causas dos tiques, destacando-se a Coreia de Seydenham, na qual os tiques eram vistos como seqüelas de uma infecção; a teoria psicogenética e as causas orgânicas e psicológicas em conjunto (KUSCHNER, 2000b). A esses argumentos juntaram-se os defensores da Teoria da Infecção Focal, que também seria uma fonte de tiques. Segundo eles, pacientes que tiveram órgãos infectados removidos, tais como seios ou amígdalas, apresentaram alívio dos tiques (SELLING, 1929).

A linha psicogênica foi, então, contestada enfaticamente devido ao surgimento de evidências de causas fisiológicas dos tiques, representadas pelas seqüelas da encefalite infecciosa, das quais os movimentos involuntários faziam parte (STRAUS, 1927, apud KUSHNER, 2000a). Mas, segundo Hassin, Stenn e Burstein (1930) os profissionais continuaram inseguros em relação à etiologia da doença, o que os levou à crença de que cada sintoma tinha uma causa, separada e não relacionada.

Em outra vertente foram registrados também os movimentos dos psicólogos do desenvolvimento para quem

[...] os tiques eram uma característica comum da infância, colocando em xeque os pressupostos de que eles seriam a prova cabal de qualquer doença física ou mental. Sob sua perspectiva os tiques foram considerados como uma forma de comportamento normal na primeira infância, distorcido por pressões ambientais (BLATZ; RINGLAND, 1935, apud KUSHNER, 2000a, p. 76-77, tradução nossa).

Dessa forma, ao final da década de 1930 a concepção de que os tiques eram uma categoria separada de doença entrou em declínio, porque esses sintomas foram entendidos como possíveis, mas não excluía o resultado de conflitos psicológicos ou de uma infecção anterior.

Na década de 1940 o nome de Gilles de La Tourette reapareceu na literatura médica desconsiderando-se, contudo, os argumentos orgânicos e hereditários, como se a etiologia dos sintomas fossem exclusivamente psicogênicos (MAHLER; RANGELL, 1943).

Alguns psicanalistas americanos liderados por um grupo influente de exilados da Europa Central associaram à tipologia de Gilles a explicação de várias categorias psicanalíticas. Dessa forma, uma geração de psiquiatras dos Estados Unidos aprendeu que os sintomas descritos por Gilles de La Tourette eram sinais de um distúrbio psicosssexual mais profundo, embora informado por fatores orgânicos. Mahler e seus colegas transformaram a doença dos tiques em uma síndrome, na qual os próprios tiques ficariam em lugar secundário, por terem sua origem em conflitos sexuais reprimidos na infância. Logo, o foco se voltou para esse aspecto, ou seja, os conflitos intrapsíquicos (MAHLER; RANGELL, 1943).

Apesar disso, os achados de Gilles sofreram novo ataque, ficando marginalizados a partir dos argumentos de Meige e Feidel (1907), para quem somente uma pequena parcela dos pacientes apresentava a doença relatada pelo discípulo de Charcot.

Além disso, os casos clínicos levaram à conclusão de que a psicanálise era ineficaz para a melhoria dos tiques (MAHLER, RANGELL, 1943; MAHLER, LUKE, DALTROFF, 1945). “Eles retomaram a fala de Freud na qual concluía que ‘o círculo viciosos dos sintomas orgânico-neuróticos’ não era diretamente acessado pela psicanálise” (KUSHNER, 2000b, p. 115, tradução nossa).

Esses argumentos persistiram durante a década de 1950 e os seguidores de Mahler continuaram argumentando que os transtornos de tiques resistiam às intervenções psicanalíticas porque o papel dos tiques era a última e desesperada defesa contra a psicose (MICHAEL, 1957; EISENBERG, ASCHER, KANNER, 1959).

Nesse momento da história da ST é importante destacar que o DSM estava em sua segunda versão e, segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 614) o DSM-II

[...] ampliou a classificação utilizada pelo exército desde 1918, de modo a uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica [...] Suas categorias são de extração psicodinâmica, ainda fortemente marcada pela oposição neurose e psicose de Meyer.

Dessa forma, os argumentos psicanalíticos ainda encontravam alguma sustentação no meio técnico e, apesar de todo esse movimento em torno da ST, verificou-se que as suposições da psicanálise estavam tão difundidas na década de 1960, que nem mesmo a descoberta do haloperidol como um supressor do tique foi suficiente para contestar os argumentos do conflito psicosexual como causa subjacente dos tiques motores e vocais.

Nesse período, duas equipes da Universidade de Iowa relataram o sucesso do haloperidol em pacientes com tiques e coprolalia, para quem as intervenções anteriores tinham falhado (CHALLAS; BRAUER, 1963), mas ainda assim, eles concordaram com o fato de que o uso da medicação poderia ter suprimido os tiques, mas enfatizaram que o problema da Doença de Tourette não havia sido resolvido (CHAPEL; BROWN; JENKINS, 1964).

Assim, em 1968 houve um consenso entre psiquiatras e neurologistas norte-americanos de que apesar da eficácia do haloperidol na redução dos tiques motores e da coprolalia, Mahler tinha razão ao dizer que os fatores subjacentes favoráveis à doença eram psicodinâmicos (FERNANDO, 1967; CORBIN et al., 1968).

Nesse momento, o DSM-II, revisado pela APA assumiu papel definidor desse contexto, pois segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 614) “A versão II, assim

como a anterior, refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica, embora as perspectivas biológicas e conceitos do sistema de Kraepelin de classificação estivessem incluídos”. Dessa forma não houve especificação detalhada dos sintomas nos casos de distúrbios específicos.

Muitos eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida, enraizados em três grupos fundamentais: oposição entre neurose e psicose; oposição entre ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios; oposição entre quadros largamente em contato com a realidade e quadros denotando significativa perda da realidade (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 614).

Assim, a partir de 1952 até 1973 viveu-se um período de críticas ao DSM-II em função da evidência de que havia um “compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 614).

Dentro desse contexto, Shapiro e Shapiro (1968) relataram um tratamento bem sucedido de tiques motores e vocalizações com haloperidol, concluindo que a etiologia desses sintomas era orgânica, em contraponto à escassez das evidências positivas dos tratamentos terapêuticos e intelectuais da psiquiatria de base psicanalítica. Dessa maneira firmou-se uma posição antagônica aos argumentos da psicanálise, dando à Síndrome de Tourette o rótulo de distúrbio neurológico. Esses autores não só rejeitaram que a doença seria degenerativa, como também alertaram para o fato de que o tratamento psicanalítico desses sintomas pudesse resultar em psicopatologia iatrogênica (BENNETT; KELLER; WALKUP, 2013).

Nesse comento faz-se importante compreender o vocábulo “iatrogenia”, uma vez que ele tem sido objeto de divergências. De acordo com Houaiss (2001) o vocábulo tem origem grega e os efeitos a que se refere tanto podem ser bons quanto ruins. Geralmente é utilizado para se referir a conseqüências danosas de atos médicos e de outros profissionais, porém, de modo geral tem sido empregado para “[...] definir o surgimento de doenças provocadas por uma prática médica indevida ou mal-aplicada em circunstâncias de tratamento” (SILVA; ROCHA, 2008, p. 72), ou seja, refere-se a alterações no paciente que são decorrentes da ação médica.

Apesar disso, na década de 1970 os poucos profissionais que estavam convencidos de que a ST tinha uma etiologia orgânica encontraram grandes dificuldades para atuar nesse sentido. Isso se deu devido ao fato de que até aquele momento havia uma aceitação generalizada dos pressupostos psicanalíticos sustentados pelos

conselhos editoriais médicos. No entanto, ao mesmo tempo em que os tratamentos psicanalíticos e de proposta de modificação do comportamento não se mostraram tão eficientes, as famílias começaram a perceber que os tratamentos com haloperidol reduziam os tiques, atribuindo-os a um desequilíbrio químico ou um mau funcionamento dos neurotransmissores (SHAPIRO et al., 1978 apud KUSHNER, 2000b), o que de certa forma lhes dava um pouco de segurança e tranquilidade ante tantas incertezas.

Nesse momento o DSM entrou em cena novamente, já em sua terceira versão, em 1973, e na versão revisada em 1974, nas quais foram inseridos novos eixos e feita a exclusão dos conteúdos psicanalíticos. Foram estabelecidas novas categorias, dentro de um modelo descritivo que substituía as suposições etiológicas (neokraepelinismo). Nasceu dessa forma, um modelo que passou a regulamentar, a legislar, substituindo o olhar psicodinâmico e o fisiológico (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Assim, o que se viu ao longo dos anos, foi que milhões de dólares foram gastos em todo o mundo com pesquisas sobre as causas orgânicas e em tratamentos para os portadores da ST, porém as disputas sobre seu fenótipo continuaram a dificultar as tentativas de localizar um substrato genético, até mesmo porque essas pesquisas abriram tanto o leque de possibilidades que a própria comunidade médica mostrou-se pouco tolerante a elas. Apesar de tudo, Comings, Pauls e Leckman e seus colegas na Universidade de Yale continuaram seus estudos na busca de uma etiologia genética da ST, tendo suas esperanças sido frustradas depois de mais de uma década (BARR et al., 1999).

A partir dessa época as pesquisas sobre a ST se intensificaram sem, no entanto, permitir afirmar que há um maior entendimento, porque de acordo com Jankovic e Kurlan (2011) ainda há muito a ser esclarecido em relação aos mecanismos fisiopatológicos, à base genética que permanece sem uma definição clara e as alterações anatômicas e neuronais, ainda que possam pesar as evidências de alterações na função dos circuitos fronto-subcorticais que envolvem os gânglios de base (KEVIN; McNAUGHT; MINK, 2011).

No final da década de 1990 surgiu um estudo que fez a descrição de um subgrupo de pacientes envolvendo transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e também tiques na infância, para os quais foram encontradas correlações com infecções por

estreptococos, a qual se denominou em inglês de *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated to Streptococcal Infections* (PANDAS). Os pesquisadores partiram do princípio que a Coreia de Sydenhan (complicação neurológica da infecção por estreptococos) poderia nortear os estudos tanto do Transtorno Obsessivo Compulsivo, quanto dos tiques na infância (SWEDO et al., 1998). No entanto, de acordo com Kurlan, Johnson e Kaplan (2008) apesar de ter sido criado um Modelo Fisopatológico para explicar a relação entre um efeito imunológico e o circuito dopaminérgico como causa dos tiques, nenhum estudo obteve êxito nesse intento, ou seja, demonstrar que uma infecção por estreptococos beta-hemolíticos se constituiu em início ou exacerbação dos tiques ou do TOC.

Sob outro aspecto, considerando a posição inicial do próprio Tourette de que a síndrome seria hereditária, muitos estudos surgiram tentando verificar essa hipótese. Germiniani e outros (2012) descreveram alguns caminhos percorridos nessa tentativa envolvendo: um modo complexo de hereditariedade com transmissão tanto materna quanto paterna; associação com alguns *loci* que afetariam uma minoria de pessoas e variações genéticas relacionadas à duplicação de ácido desoxiribonucléio (ADN).

Com o tempo, a diminuição dos tiques obtida pelo uso do haloperidol foi disseminada e os familiares dos pacientes de Shapiro organizaram um grupo denominado Associação da Síndrome de Tourette (AST) que possuía diversas estratégias entre as quais destacam-se: recrutar psiquiatras e celebridades influentes para sua causa e persuadir pesquisadores a investigarem os possíveis fatores orgânicos dos tiques, investindo grandes volumes de recursos para esse fim (KUSHNER, 2000a), mas os próprios pesquisadores afirmaram não conhecerem a etiologia da ST.

A teoria que prevaleceu por mais de 70 anos foi de que a ST era causada primeiramente por conflitos psicológicos, cujas evidências vinham dos casos clínicos estudados. Diversos estudos foram realizados sob diferentes hipóteses, mas de acordo com Shapiro e Shapiro (1986, p. 234, tradução nossa) “Há diversas evidências que não foram totalmente comprovadas”. Dessa forma, o que Kushner (2000c) encontrou na data de sua publicação foi que até aquele momento, considerando a história, não haveria argumentos suficientes para se concluir que

elementos constituem os tiques e transtornos relacionados, porque seus mecanismos etiológicos ainda não haviam sido identificados.

Entre os estudos mais recentes (2010 a 2015) os posicionamentos dos pesquisadores tendem para suas áreas de conhecimento.

Um levantamento realizado na base de periódicos da Capes revelou que a maior parte das publicações nos últimos cinco anos está concentrada nas áreas de psiquiatria, neuropsiquiatria, biologia, genética e neurociências, cuja interpretação sobre a etiologia se volta para as condições neuropsiquiátricas do paciente. No entanto, não se pode dizer que isso significa um consenso, mesmo dentro da área organicista, pois os trabalhos foram desenvolvidos em diferentes frentes que.

Dentre os trabalhos encontrados 18 foram publicados no *European Child & Adolescent Psychiatry*, nove no *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, seis no *Comprehensive Psychiatry* e nove no *Psychiatry Research*, que apontam para um fenômeno multifatorial.

4.1.2 o quadro clínico

A história da pesquisa com a ST revela as dificuldades encontradas quanto à sua etiologia e tratamento. Além disso, ela é pouco conhecida e divulgada na sociedade e sua denominação ainda está atrelada à “doença dos tiques”, no senso comum. Como dito anteriormente, há falta de material publicado, destinado a pessoas que não conseguem fazer a leitura de textos técnico-acadêmicos.

O Quadro 2 apresenta uma comparação entre as duas versões do DSM, mostrando que não há consenso entre as definições para a Síndrome de Tourette.

Quadro 2 - Síndrome de Tourette no DSM-IV TR e DSM-5

	DSM- IV TR	DSM-5
Classificação	Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência	Transtornos do Neurodesenvolvimento
Nível 1	-----	Transtornos Motores
Nível 2	Transtorno de Tiques	Transtorno de Tiques
Categoria	Transtorno de Tourette	Transtorno de Tourette

Fonte: Elaborado a partir de: DSM-IV TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002); DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014)

Na atualidade, observou-se que os autores pesquisados se apóiam no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em sua quarta versão para elaborarem sua definição, na qual constam os critérios diagnósticos, que não sofreram mudanças no DSM-5.

Como o número de publicações encontradas é muito grande, optou-se por destacar os diversos olhares defendidos, sem a pretensão de uma contagem que possa dizer o que tem sido mais utilizado. Para tal, foram considerados os últimos 20 anos, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Etiologias possíveis para a Síndrome de Tourette

Fonte	Conceituação
Comings e Comings (1985, p. 435, tradução nossa)	“Distúrbio hereditário de natureza neuropsiquiátrica caracterizado por tiques musculares e barulhos vocais”.
Packer (1995, p. 1, tradução nossa)	“A Síndrome de Tourette é um transtorno neurobiológico com evidências de ser geneticamente transmitido”.
Eapen e Robertson (2000)	Transtorno do Desenvolvimento Neuropsiquiátrico
Falcato e Maymi (2001, p. 64-65,, tradução nossa)	“Transtorno cuja característica principal consiste em movimentos rápidos e involuntários, aparentemente sem motivos e frequentemente repetidos, que não se devem a enfermidade neurológica, e incluem a Síndrome de Gilles de la Tourette; se excluem dessa categoria os tiques de origem orgânica [...] mas emergem cada vez com mais força como um transtorno neuropsiquiátrico”.
Del Castilho (2003, p. 152)	Desordem neurológica crônica.
Chang, Piacentini e Walkup (2007, p. 270, tradução nossa)	“Os modelos integrados visualizam a ST como resultante de um quadro etiológico biopsicossocial e formaram a base para conceituações comportamentais modernas que tentam integrar fatores neurobiológicos e ambientais na compreensão e no tratamento de transtornos de tiques”.
Bennett, Keller e Walkup (2013, p. 34, tradução nossa)	“Ao longo de várias décadas de pesquisa e argumentação, a conceituação dos transtornos de tiques evoluiu de uma condição psicológica para neurológica, com influências genéticas e ambientais e comorbidade psiquiátrica comum. Mas apesar também se reconhece que os fatores psicológicos exercem papel importante na gravidade dos tiques”.
Andrea e outros (2015,p. 141)	Transtorno neuropsiquiátrico.

Fonte: Elaborado a partir de Comings e Comings (1985), Packer (1995), Eapen e Robertson (2000), Falcato e Maymi (2001), Montezuma Del Castillo (2003), Chang, Piacentini e Walkup (2007), Bennett, Keller e Walkup (2013) e Andrea e outros (2015)

Considerando-se a leitura realizada sobre o assunto, pode-se dizer que a maior parte dos autores considera a ST ainda dentro do que registraram Loureiro e outros (2005, p.219), ou seja, como um

[...] distúrbio genético, de natureza neuropsiquiátrica, caracterizado por fenômenos compulsivos que, muitas vezes, resultam em uma série

repentina de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais, durante pelo menos um ano, tendo início antes dos 18 anos de idade

Eddy, Rizzo e Cavanna (2009) também seguem no mesmo diapasão, no entanto, um trabalho posterior ao deles, corroborados por Teixeira e outros (2011, p. 493) para quem trata-se de “[...] um distúrbio genético, de natureza neuropsiquiátrica, caracterizado por fenômenos compulsivos, que, muitas vezes, resultam em uma série repentina de múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais [...]”.

Fazendo-se uma comparação entre o conteúdo do Quadro 3 e alguns outros autores pode-se ver que não há uma sequência cronológica clara quanto à aceitação das causas da ST, uma vez que elas aparecem em diferentes momentos do tempo, não se configurando um consenso.

Quanto aos tiques, Mattos e Mattos (1999, p. 528) resumem o DSM-IV TR, afirmando que eles “[...] são definidos como movimentos anormais, clônicos, breves, rápidos, súbitos, sem propósitos e irresistíveis”, o que não difere da descrição desde que foi analisada por Gilles de La Tourette pela primeira vez.

De modo geral os tiques iniciais são simples, quase sempre evoluindo para os mais complexos, mas com grande variedade no quadro clínico quando se analisam os pacientes em seus casos particulares (MERCADANTE et al., 2004).

O Quadro 4 mostra uma classificação dos tiques na ST.

Quadro 4: Classificação dos tiques na Síndrome de Tourette

Característica	Descrição
Tiques motores simples	“Tem duração breve (i.e. milissegundos) e podem incluir piscar de olhos, encolher os ombros e estender extremidades.”
Tiques motores complexos	“Costumam durar mais tempo (i.e. segundos) e, com frequência incluem uma combinação de tiques simples como viradas simultâneas da cabeça e encolhimento dos ombros.” “Podem parecer ter uma finalidade, como um gesto sexual ou obsceno lembrando tique (copropraxia) ou imitação dos movimentos de outra pessoa semelhante a tique (ecopropraxia).”
Tiques vocais simples	“[...] sons guturais, frequentemente causados pela contração do diafragma ou dos músculos da orofaringe.”
Tiques vocais complexos	“Incluem repetição dos próprios sons ou palavras (palilalia), repetição da última palavra ou frase ouvida (ecolalia) ou enunciação de palavras socialmente inaceitáveis, incluindo obscenidades ou calúnias éticas, raciais ou religiosas (coprolalia). [...] a coprolalia é uma enunciação abrupta de um ganido ou grunhido, sem a prosódia de uma fala inapropriada similar observada nas interações humanas.”

Fonte: Elaborado pela autora a partir de: DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014, p. 81).

Além disso, a localização anatômica, o número, a frequência, o tipo, complexidade e severidade dos tiques muda ao longo dos anos (*DEFINITIONS...*, 1993); (EDDY; RIZZO; CAVANNA, 2009).

Para Ferreyra (20--) o tique pode ocorrer a qualquer momento do dia não importando a atividade que a pessoa estiver desempenhando. De modo geral são envidados grandes esforços para que os tiques tenham um fim, mas eles tanto podem desaparecer sem explicação, ser substituídos por outros tiques ou permanecer por toda a vida, quando então são considerados crônicos. No entanto, mesmo os tiques do tipo crônico, podem cessar por algum tempo, indo de segundos a horas, conforme registram Ramalho e outros (2008) no tocante à ST.

O Quadro 5 apresenta exemplos desses tipos de tiques encontrados em pacientes.

Quadro 5 – A realidade dos tiques

Característica	Descrição
Tiques motores simples	“Piscar os olhos, encolher os ombros, pentear os cabelos com as mãos ou tirar de sobre os olhos, abrir a boca, estender os braços, fazer caretas, lambe os lábios, revirar os olhos, fechar os olhos”.
Tiques motores complexos	“Puxar a roupa, tocar pessoas e objetos, cheirar os dedos, cheirar objetos, espetar as coisas, socar, chutar, beijar a si e aos outros, bater asas com os braços, girar em torno do próprio corpo, contrair grupos musculares, fazer movimentos empurrando a virilha ou o torso, andar na ponta dos pés, movimentos relativos à copropraxia (autotocar-se sexualmente, tocar sexualmente outras pessoas, fazer gestos obscenos), fenômenos de eco (repetir ações próprias, repetir ações dos outros) e comportamentos autoprejudiciais (morder-se, bater em si mesmo, arrancar peles ou crostas)”.
Tiques vocais simples	“Pigarrear, grunhir, gritar, fungar, bufar, tossir, cuspir, guichar, sussurar, assoviar”.
Tiques vocais complexos	“Fazer sons imitando animais, alterar o volume da voz entre balbucios e gritos, repetir as próprias palavras, repetir palavras de outras pessoas e falar obscenidades ou coisas consideradas tabus”.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Packer (1995, p. 4, tradução nossa).

Além dessas características há uma série de consequências relativas ao quadro sindrômico, incluindo, conforme mostram Eapen e Crncec (2009) que os tiques podem ocorrer até durante o sono, com agitação que pode levar à insônia ou à baixa qualidade do sono.

Para Mattos e Mattos (1999, p. 528) os tiques podem ficar mais aparentes em momentos nos quais a criança ou adolescente encontra-se em situação de ansiedade, tensão emocional ou que exigem concentração.

De acordo com Packer (1995, p. 6, tradução nossa) os fatores estressantes que foram mais frequentemente identificados são:

- A pressão do tempo, particularmente durante os testes escolares;
- Ambientes ou programas que não oferecem oportunidade adequada para descarregar sintomas ou dissipar atividades motoras;
- Antecipação férias, aniversários e outros estressores "positivos";
- reinício das aulas (semestre letivo);
- Uso de substâncias como a cafeína, nicotina, ou estimulantes;
- Alterações de estrógeno e progesterona durante a menstruação;
- Fatores ambientais (estações propícias a alergias ou calor);
- Contextos escolares que exigem comportamentos de silêncio e ficar, e
- Fadiga.

Obviamente que essa interpretação depende de diversos fatores como, por exemplo, a intensidade com que ocorrem e a situação do portador da síndrome. De acordo com a Tourette Action (2008) as pessoas só conseguem suprimi-los por um período curto de tempo, sendo que, na maioria dos eventos, há um sentimento premonitório ou um impulso que só é aliviado pela expressão fisiológica do tique, sendo comparado à experiência de espirros, os quais não se conseguem interromper depois que eles têm início.

Ratificando, pode-se dizer então que os tiques são considerados situacionais, ou seja, são piores em situações estressantes, podendo diminuir sua intensidade e freqüência quando a criança está absorvida praticando esporte ou tocando música, por exemplo (TOURETTE ACTION, 2008), o que é corroborado por Ball e Box (2008) para quem o estresse é um elemento que contribui fortemente para a exacerbação dos sintomas, embora os eventos estressantes não sejam necessariamente desagradáveis.

Em outra dimensão afirma Ferreyra (20--) que mesmo que o sujeito tente parar os tiques ou suprimi-los temporariamente, não conseguirá fazê-lo, pois eles são involuntários. No caso, trata-se de um processo que intensifica uma tensão interna de modo que só é aliviada quando o tique vem à tona. Portanto, o esforço por conter o tique pode levar à angústia e à frustração. Pode-se ainda acrescentar o cansaço físico, que ao final de um dia pode chegar a ser extenuante, desencadeando outros sentimentos envolvendo negatividade.

Além disso, o portador da ST enfrenta comumente problemas relacionados à autoestima. Isso porque "Os tiques atraem a atenção das pessoas e a criança ou adolescente pode se sentir muito diferente dos demais" (BALL; BOX, 2008, p. 5, tradução nossa), dificultando muitas áreas da sua vida pessoal, social e escolar.

Assim pode-se dizer que quando a pessoa que sofre da ST não é compreendida a partir do quadro sindrômico, estará mais propensa a dilemas de natureza mais existencial do que orgânica.

Dessa forma, pode-se ver que a análise da presença e forma dos tiques mostra-se fundamental para a compreensão do quadro sindrômico, que para a medicina, na maioria dos casos é configurada no diagnóstico.

4.1.2.1 O diagnóstico

O diagnóstico da Síndrome de Tourette é feito por meio da verificação da presença de sinais e sintomas e de seu processo evolutivo, ou seja, a história do paciente. A leitura do material coletado permitiu verificar que todos os autores pesquisados que mencionaram ou descreveram o diagnóstico, pautaram-se no DSM-IV TR ou no DSM-5, tornando os textos bastante repetitivos.

Mercadante e outros (2004, p. S38), também a partir do DSM-IV TR registram que para se fazer o diagnóstico deve-se considerar a ocorrência da sintomatologia por, pelo menos um ano, sem que os tiques tenham desaparecido. Além disso, os tiques motores também devem ser observados, com pelo menos, um tique vocal, ambos sem origem fisiológica, conforme o DSM-IV TR (*AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION*, 2002). No entanto, não há obrigatoriedade de ocorrerem simultaneamente.

Os primeiros sintomas são frequentemente encontrados entre os cinco e dez anos de idade e se prolongam até os 16 a 17 anos (PLESSEN, 2013), podendo ficar mais exacerbados antes da puberdade, com atenuações logo após e possível estabilização na fase adulta da vida (FARIDI; SUCHOWERSKY, 2003). Esses sintomas são configurados em tiques motores simples, destacando-se entre eles a alta incidência do “[...] piscar os olhos ou balançar a cabeça [...]” com “[...] evolução rostro-caudal”, que são movimentos que tem início quando a cabeça se encontra alinhada com o tronco em posição frontal, com deslocamento de um dos ombros para o lado, com tendência à parte posterior do corpo.

Para melhor visualização do conteúdo encontrado nas duas versões do manual (DSM IV- TR e DSM 5) foi elaborado o Quadro 6 que contem uma descrição dos critérios de diagnóstico.

Quadro 6 - Critérios de diagnóstico para Síndrome de Tourette

	DSM- IV TR	DSM-5
A	“Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante a doença , embora não necessariamente ao mesmo tempo” (Grifo nosso).	“Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante o quadro , embora não necessariamente ao mesmo tempo” (Grifo nosso).
B	“Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia (geralmente em salvos) quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de 1 ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos ” (Grifo nosso).	“Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de um ano desde o início do primeiro tique ” (Grifo nosso).
C	“O início dá-se antes da idade de 18 anos” (Grifo nosso).	“O início ocorre antes da idade de 18 anos” (Grifo nosso).
D	“A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., estimulantes) ou de uma condição médica geral (p. ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral)” (Grifo nosso).	“A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., doença de Huntington ou encefalite pós-viral)” (Grifo nosso).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de DSM-IV TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002, p. 138); DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014, p. 81).

Em relação aos tiques, tanto os complexos quanto os vocais, sua manifestação pode levar até dois anos depois de iniciado o quadro clínico (MERCADANTE et al., 2004), podendo se manifestar muitas vezes durante o dia, persistindo por mais de três meses (DÍAZ-ANZALDÚA; ROULEAU, 2008).

De acordo com Osmon e Smerz (2005) os casos puros de Síndrome de Tourette não se constituem só dos tiques, apresentam também alterações na motricidade e no processamento visual, mesmo que de forma mais branda do que em situações em que outras comorbidades estão presentes. Para a Tourette Action (2008), que tem desenvolvido um trabalho intensivo de apoio aos familiares e pessoas com ST, cerca de 12% dos pacientes que freqüentam a clínica tem somente os sintomas dos tiques.

Não há testes laboratoriais que confirmem o diagnóstico (JANKOVIC, 2001), porém exames complementares são úteis para se fazer a exclusão de outros quadros clínicos, uma vez que por apresentar sintomatologia múltipla a ST pode ser

confundida com a Doença de Wilson, Doença de Huntington, Coreia de Sydenham e Doença de Hallervorden-Spatz.

Dessa forma, quando o paciente é acompanhado por profissionais que tem pouca familiaridade com a síndrome, pode haver atraso no diagnóstico, sendo inicialmente confundida com algum transtorno psiquiátrico. Segundo Comings e Comings (1985) observaram algumas razões se destacavam para o equívoco no diagnóstico, quais sejam: o desconhecimento da doença por parte do profissional que está fazendo o atendimento; a supressão dos sintomas e a crença de que a coprolalia deve estar presente. Nesses e outros casos, os principais prejuízos são: tratamentos desnecessários e o atraso nos procedimentos adequados (LOUREIRO et al., 2005)

Para Ferreyra (20--) é possível também fazer uso de escalas combinadas com a história de vida e a observação direta, que é mais usada e que auxilia a ter mais clareza sobre a complexidade, intensidade, frequência, distribuição anatômica, interferência e deterioração social.

Por fim, tem-se o prognóstico, segundo o qual se pode dizer que os indivíduos com ST têm uma expectativa de vida normal, mesmo os tiques se prolongando por toda sua vida, dado que não é uma doença degenerativa. Além disso, há estudos que mostram que os tiques tendem a diminuir de intensidade e podem até desaparecer com o passar da adolescência.

4.1.2.2 Etiologia e epidemiologia

Kushner (2000b) ao fazer um resgate sobre a Síndrome de Tourette relata claramente as dificuldades encontradas pelos pesquisadores para identificar sua etiologia. Seu texto mostra que ela já esteve associada às características da psicose (psicanálise), a infecções, à genética, à aspectos de doenças autoimunes, a questões fisiológicas e neurofisiológicas. No entanto, por sua publicação datar da virada do século XX para o XXI, optou-se por verificar se houve mudanças em relação ao que o autor traz.

As informações sobre a etiologia da ST existem desde que foi identificada. As primeiras teorias sobre suas causas foram descritas há mais de 150, coincidindo

com os primeiros casos estudados de forma sistematizada. Elas postulavam que os tiques motores e vocais tinham origem em fatores psicológicos, sustentados por hábitos ruins e baixos níveis de autocronrole, podendo ainda ser considerados uma forma de histeria (BENNETT; KELLER; WALKUP, 2013).

É difícil estabelecer uma sequência cronológica quanto se tem por base os artigos que apresentam resultados de pesquisa, pois não há um evento que delimite o início e fim do interesse pelas causas da ST, havendo, portanto, um sombreamento e um ir e vir de opiniões dos estudiosos. Embora na atualidade existam argumentos no sentido de múltiplas causas, a etiologia da Síndrome de Tourette ainda não é clara.

De acordo com Bennett, Keller e Walkup (2013) entre as décadas de 1960 e 1970 houve uma mudança radical no entendimento etiológico da ST devido aos achados de autópsias neurológicas e exames histológicos em pacientes com ST, juntamente com a utilização de medicamentos como os descritos anteriormente. Entre as pesquisas realizadas estão as de Friel (1973) e Walkup, Labuda e Singer (1996) que apontam para o importante papel da genética na etiologia da ST.

Na década de 1980 as opiniões predominantes defendiam o aspecto biológico como principal fator etiológico, tendo ocorrido no mesmo período uma intensificação das pesquisas no sentido de identificar o papel das estratégias de reforço e reversão de hábitos, dentro da psicologia comportamental (AZRIN; PETERSON, 1988).

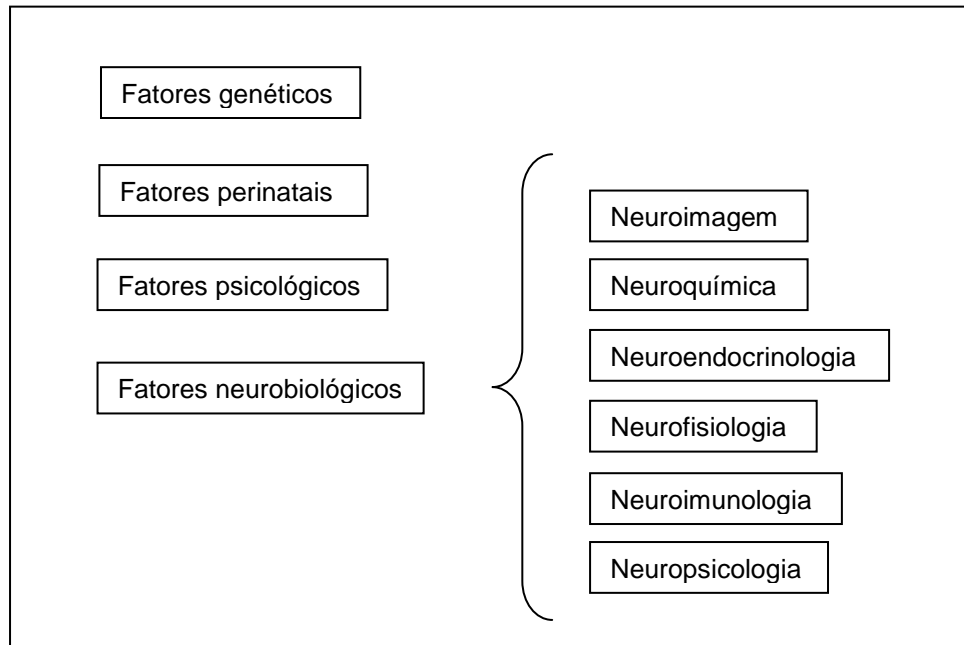
Hounie e Petribú (1999) em uma revisão sobre o assunto apontaram quatro grupos de fatores etiológicos, conforme apresentados na Figura 2: genéticos, perinatais, psicológicos e neurobiológicos.

Pesquisas relacionadas aos **fatores genéticos** realizadas com gêmeos revelam que eles são importantes quando se trata da etiologia da ST, considerados os principais contribuintes para o surgimento da desordem. No entanto, ainda não há uma prova clara, uma identificação das mutações do gene causador ou dos alelos de risco. O modelo inicialmente adotado foi a de herança mendeliana, ou seja, focada em linhagens multigeracionais.

De acordo com Eapen, Pauls e Robertson (1993) na década de 1980 já existiam pesquisas que buscavam os fatores genéticos da ST, levantando também hipóteses

de sua relação com o TOC, isto é, se a síndrome tiver realmente um gene que a determine, então o TOC representaria um fenótipo alternativo.

Figura 2: Fatores etiológicos da Síndrome de Tourette



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Hounie e Petribú (1999)

As pesquisas baseadas em hipóteses genéticas continuaram a ser desenvolvidas e segundo Díaz-Anzaldúa e outros (2004) até a data de sua publicação havia diversos grupos pesquisando anomalias cromossômicas de indivíduos e famílias nas quais a síndrome se fazia presente. Posteriormente, nesse mesmo diapasão, Díaz-Anzaldúa e Rouleau (2008) registraram que estudos com famílias vêm confirmando que a doença está relacionada a casos familiares anteriores, uma vez que parentes em primeiro grau das pessoas com ST apresentam risco entre 15% e 20% de ter algum sintoma do distúrbio do que a população em geral.

Pesquisadores de diversas partes do mundo deram continuidade às pesquisas para identificação de mutações genéticas associadas com o fenótipo da Síndrome de Tourette, mas os resultados ainda não são alentadores (HAO; GAO; JANKOVIC, 2012). Para Oliveira e Massano (2012) a base genética ainda não está clara, o que é corroborado por Peristera (2013) ao afirmar que a genética ainda continua como uma etiologia provável, que interage com fatores ambientais, porém as buscas, consideradas intensas, ainda não conseguiram encontrar os genes causadores.

Entre os **fatores perinatais** parece não haver também muito consenso em termos dos resultados de pesquisa, com maior número apontando para uma possível

relação entre a gravidade de estressores durante a gestação e o desenvolvimento da ST. Mathews e outros (2006) relatam que há evidências em vários estudos que tanto os fatores ambientais quanto os genéticos contribuem para o desenvolvimento e a expressão clínica da Síndrome de Tourette, frisando que há poucos estudos sobre os fatores ambientais e que seus resultados não identificaram fatores de risco consistentes. Sua pesquisa envolveu 180 indivíduos na busca da relação da ST com eventos prenatais e perinatais adversos, identificando o tabagismo materno na fase prenatal como um forte fator de risco para o aumento da gravidade dos sintomas da ST.

No caso dos **fatores psicológicos** e a ST há registros nos trabalhos de Freud que ele já havia detectado a doença, sem a ela atribuir a nomenclatura que hoje recebe. Segundo Freud (2006), Charcot dividia os tiques em duas dimensões: verdadeiros e histéricos. No primeiro caso eles teriam origem neurológica e no segundo, a origem seria psicológica, revestidos de simbolismo e sujeitos à análise. Mas conforme Hounie e Petribú (1999) os argumentos relacionados à psicodinâmica para explicar a ST perderam sua força, ficando praticamente desacreditados. No entanto, os autores não descartam a associação entre a história dessas crianças e adolescentes e a manifestação dos tiques, enfatizando ser necessário dar-lhes a devida atenção. Nesse comentário é importante registrar que não foram encontrados trabalhos recentes versando sobre a ST no contexto da psicanálise.

Bastos (2013) levantou hipóteses sobre alguns fenômenos psíquicos no tocante a essa síndrome. Em seu estudo valeu-se de alguns trechos do texto freudiano “A interpretação dos sonhos”, com a intenção de melhor compreender a dinâmica psíquica das pessoas afetadas, devido ao sofrimento que permeia seu cotidiano, mas não se encontrou no texto referências sobre a clínica psicanalítica em si, o setting, e a ST.

Por fim os **fatores neurobiológicos** ao serem analisados por Hounie e Petribú (1999) foram agrupados em seis dimensões, quais sejam: neuroimagem, neuroquímica, neuroendocrinologia, neurofisiologia, neuroimunologia e neuropsicologia.

A partir do trabalho de Hounie e Petribú (1999) foram buscadas outras fontes, mais recentes, a fim de se verificar a evolução dos argumentos usados pelos autores.

Quanto ao aspecto genético, até 2001 ainda não havia um definidor da ST, mas as pesquisas continuam sendo foco de interesse por parte de diversos pesquisadores. Como os resultados não têm sido muito alentadores, outros fatores vem sendo considerados, tais como: o papel das infecções por estreptococos; auto anticorpos reagindo com o tecido cerebral; eventos estressores pré ou pós-parto (HOEKSTRA et al., 2001; KIESSLING, MARGOTTE, CULPEPPER, 1993), como visto ao longo da história da própria síndrome. Associações entre eventos adversos pré-natais e perinatais e a ST e alguns casos foram identificados como imuno-mediados foram encontrados por Lit e outros (2007).

Mais recentemente tem-se o trabalho de Gorman e outros (2010) para quem a causa dos tiques está relacionada aos fatores hereditários, neurobiológicos e fatores ambientais. Nesse sentido, corroboram Ferreira, Pio-Abreu e Januário (2014, p. 127, tradução nossa) ao afirmarem que “Embora várias linhas de evidência sugiram que tanto os fatores genéticos quanto os ambientais contribuam para a ST, o papel potencial dos fatores ambientais tem sido pouco estudado”. Assim, pode-se dizer que os fatores ambientais não têm sido muito enfatizados nas pesquisas, mesmo tendo-se encontrado alguns resultados como o de Cohen e outros (2008) que investigaram a contribuição de fatores psicossociais, como *locus* de controle.

Nessa dimensão diz Ferreyra (20--) que a ST pode ser atribuída a fatores ambientais e de aprendizagem, com atraso mental, hiperatividade e outros transtornos do desenvolvimento. O autor registra ainda que a ST tem bases biológicas e neurológicas, mas que os pesquisadores não tem conseguido provar que ela se deve a lesões estruturais macroscópicas averiguadas por métodos diversos, incluindo a necropsia, mas que há evidências de variações microscópicas relacionadas a algumas estruturas cerebrais como o putâmem e o globo pálido.

Mais recentemente Almeida, Villachan-Lyra e Hazin (2014, p. 170-171) informaram que

Os estudos de neuroimagem estrutural e funcional têm evidenciado alterações nos núcleos da base, notadamente no volume do putâmen esquerdo, bem como na atividade e metabolismo do córtex pré-frontal, do estriado, do tálamo, envolvendo o sistema límbico, motor e de linguagem.

Em relação a área da neuropsicologia, de acordo com Brito (1996) os resultados revelam que os portadores da ST apresentam dimensão cognitiva dentro do

parâmetro de normalidade, com pequena diferença entre o verbal e o operacional (*performance*). Para o autor quem sofre da ST enfrenta dificuldades em relação ao seu desenvolvimento escolar, sobretudo se houver comorbidade com o TOC ou TDAH. Essas disfunções parecem associadas à motricidade, à percepção visual, à atenção, à memória, à aprendizagem e ao funcionamento executivo. Apesar dos argumentos apresentados, em trabalho mais recente, Almeida, Villachan-Lyra e Hazin (2014, p. 171) afirmam que “[...] não há consenso em torno da etiologia de tais déficits”.

O que se pode afirmar em relação à etiologia é que apesar de a evolução tecnológica ter permitido a realização de novas pesquisas com esses fatores ainda há muitas perguntas sem respostas e continua difícil relacionar a ST às suas comorbidades ou a transtornos psiquiátricos. Apesar de ter crescido o número de casos estudados, ainda não há dados epidemiológicos suficientes que permitam fazer afirmativas categóricas.

Na primeira década do século XXI surgiram novas concepções que consideram a etiologia dentro de quadros natureza biopsicossocial, que deram suporte a novas conceituações comportamentais que tentam integrar os fatores neurobiológicos e ambientais na compreensão e tratamento dos tiques (CHANG; PIACENTINI; WALKUP, 2007).

De acordo com Perin, Rosário e Hounie (2012) os resultados de pesquisa sugerem que são os fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais (estresse, por exemplo) que vão determinar como o quadro clínico é percebido, mas para Ferreira, Pio-Abreu e Januário (2014) a ST ainda é desconhecida, mesmo que possa ser associada com distúrbios neurológicos ou outros fatores.

Resumindo, é possível dizer “[...] que a ST é um transtorno heterogêneo do ponto de vista genético, com alguns casos sem história familiar e outros com história familiar, associado ou não ao TOC” (PERIN, ROSÁRIO, HOUNIE, 2012, p. 74), ao qual pode-se acrescentar o TDAH e outras comorbidades.

Em relação ao aspecto epidemiológico, de acordo com Hounie e Petribú (1999) já na década de 1990, a incidência de casos apresentava crescimento em todo o mundo, mas os autores não aventaram hipóteses sobre o aumento de sua manifestação.

Na década de 2000, segundo Mercadante e outros (2004, p. S36) e Teive e outros (2008) tinham-se taxas de prevalência para ST de “[...] 1 em cada 1.000 homens e 1 em cada 10.000 mulheres”, sendo ratificado Robertson (2008a e 2008b) que a ST afeta pelo menos 1% da população em todo o mundo. Essa última estimativa também é utilizada por Abi-Jaoude e Gorman (2013) e Hounie (2012, p. 26) ao afirmarem que “[...] a ST ocorre em 1% da população, incluindo-se todos os casos, dos mais leves aos mais graves”, sendo que esses últimos “[...] afetam 1 a 4 pessoas a cada 10 mil habitantes”. Complementando Robertson, Eapen e Cavanna (2009) relatam que a ST afeta aproximadamente 1% dos jovens em idade escolar e é três ou quatro vezes mais comum em meninos do que em meninas.

Em outra dimensão é importante frisar que existem registros internacionais que revelam que a ST se manifesta independentemente de classe social ou etnia, em países diversos, com maior incidência sobre o sexo masculino – três a quatro vezes (SCAHILL; TANNER; DURE., 2001) e, se comparado com adultos, a prevalência é muito maior em crianças e adolescentes – dez vezes mais (LECKMAN, PETERSON, 1993), uma vez que os tiques podem diminuir ou desaparecer com a entrada na vida adulta, mesmo que isso ocorra de forma um pouco tardia.

No entanto, esses números revelam pouco uma vez que os estudos realizados têm sido muito recortados, ou seja, focados em alguns aspectos específicos.

4.1.2.3 Comorbidades

Estudos revelam que a ST, na maior parte dos casos, apresenta outros distúrbios a ela associados denominados de comorbidades.

O conceito de comorbidade está relacionado ao processo de mudança do DSM, que segundo Matos, Matos e Matos (2005) em sua terceira versão apresentou uma hierarquização dos diagnósticos. Assim,

A esquizofrenia, patologia mais grave, era considerada hierarquicamente superior ao quadro do pânico. Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente (MATOS; MATOS; MATOS, 2005, p. 313).

Posteriormente, com a publicação do DSM-III-R, essa hierarquização caiu por terra, abrindo espaço e até mesmo incentivando a realização de diagnósticos simultâneos, surgindo o conceito de comorbidade (STONE, 1999), que pode ser entendido como a presença de, pelo menos, duas patologias presentes em uma mesma pessoa.

Em relação à ST, estimativas sugerem que somente 12% dos indivíduos diagnosticados com a síndrome não apresentam outra condição psiquiátrica (FREEMAN et al., 2000); (*TOURETTE ACTION*, 2008). Portanto, a maior parte dos casos se torna ainda mais complexa devido a presença de outros distúrbios.

De acordo com Freeman (2007) e Swain e outros (2007) as comorbidades mais freqüentes são o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e o transtorno obsessivo compulsivo, mas não são as únicas encontradas. Não raro são encontradas comorbidades com a ansiedade elevada, a instabilidade emocional, a irritabilidade, a agressividade, a depressão, as fobias, as dificuldades de aprendizagem, as desordens do sono e a ansiedade por separação (FERREYRA, 20--).

De modo geral os autores registram que as duas comorbidades mais freqüentes na ST, em aproximadamente 90% dos casos, são o TDAH e o TOC (ROBERTSON, 2006) ao que Ferreira, Pio-Abreu e Januário (2014) acrescentam os distúrbios de ansiedade. Porém observaram também que tanto o TOC quanto o TDAH e outras comorbidades frequentemente causam mais danos do que os tiques.

Em relação às comorbidades, observa-se pela literatura que tanto o TOC quanto o TDAH tem sido objeto de medicalização, porém pouco se viu sobre outros tipos de comorbidades como as que seguem.

Em terceiro lugar entre as comorbidades está “[...] o transtorno do humor, seguido dos problemas de sono e transtornos de personalidade. O próximo grupo inclui os transtornos globais do desenvolvimento e, em último lugar as outras patologias não analisadas apenas em alguns estudos” (FERREIRA; PIO-ABREU; JANUÁRIO, 2014, p. 126, tradução nossa).

Entre as comorbidades encontradas estão também os transtornos do desenvolvimento e aprendizagem, simbolizados pelas dificuldade que as pessoas com ST encontram nos seguintes aspectos: leitura, escrita, aritmética, percepção, condutas agressivas e socialmente inapropriadas (FERREYRA, 20--). É interessante

observar que as pesquisas realizadas sobre dificuldade de aprendizagem apresentam resultados diferentes. De acordo com Walkup, Scahill e Riddle (1995) e Burd e outros (2005) alguns estudos colocam a dificuldade de aprendizagem e as habilidades acadêmicas mais próximas do TDAH, enquanto Marsh e outros (2004) discorrem sobre a associação das habilidades motoras no processo de aprendizagem com a ST.

No entanto, o mais importante não são os rótulos, mas as consequências sobre o cotidiano dessas pessoas. De acordo com Tourette Action (2008) crianças e adolescentes com ST apresentam dificuldade para escrever devido aos movimentos dos tiques e também da obsessão relacionada a como as coisas deveriam ser escritas. Além disso, os tiques que envolvem movimento dos olhos podem dificultar as tarefas de leitura e os de natureza oral podem fazer da leitura em voz alta um transtorno, causando ansiedade e vergonha. De modo geral essas crianças são cobradas quando à finalização da lição escolar, que não raro fica incompleta devido à sua concentração ser muito difícil, sobretudo se ela tenta conter os movimentos involuntários.

4.1.3 A evolução da terapêutica

Os tratamentos iniciais dispensados aos pacientes com Síndrome de Tourette contemplavam a hipnose e a análise e, segundo Michael (1957, p. 1506, tradução nossa)

A contenção física, banhos de isolamento, leite desnatado e tratamentos por eletricidade estática de uma era anterior deram lugar a processos psicoterapêuticos modernos, mas existem poucos casos bem autenticados na literatura de pacientes que perderam os seus tiques.

Ao longo desses mais de 100 anos, muitos estudos foram realizados na tentativa de encontrar uma cura para a ST. Na atualidade a literatura registra duas grandes abordagens para o tratamento da ST que aparecem de forma separada ou interligada: o tratamento médico farmacológico e o psicoterapêutico. Dentro desses dois contextos há diversas possibilidades que vão desde a intervenção cirúrgica a tratamentos alternativos.

Entre as possibilidades reconhecidas estão: uso de fármacos, a estimulação cerebral, a cirurgia, os procedimentos da acupuntura, a psicoterapia, a terapia ocupacional e a intervenção educativa, que para Bryson e outros (2010) tem sido usadas com frequências diferentes, sendo a neurocirurgia e psicoterapia menos utilizadas.

Com relação à estimulação cerebral profunda, afirmam Guridi e Aldave (2011, p.12, tradução nossa) que ela está entre as alternativas terapêuticas válidas, no caso de os tratamentos conservadores fracassarem. Assim “pacientes refratários à terapia médica devem ser considerados por neurologistas e psiquiatras como candidatos à cirurgia”.

A estimulação magnética transcraniana (EMT) é uma técnica não invasiva, enquanto a estimulação cerebral profunda requer procedimento cirúrgico. De acordo com Muller e outros (2013, p. 20) a EMT utiliza correntes elétricas e tem sido utilizada em diagnósticos e em procedimentos terapêuticos nos casos de: “transtornos neuropsiquiátricos, tais como depressão e esquizofrenia, e neurológicos, como doença de Parkinson, dor crônica e epilepsia”. No entanto, no caso da ST, embora os resultados sejam positivos, ainda não apresentaram níveis para recomendação.

Por sua vez, a estimulação cerebral profunda exige cirurgia específica, por meio da qual se introduz “[...] um efeito “tipo lesão” na estrutura intracerebral alvo”, utilizando-se eletrodos (SARAIVA; VAZ, 2011, p. 6). Essa experiência ainda é muito incipiente e o que se pode dizer é que seus resultados são promissores, ou seja, com redução dos tiques naqueles que a ela se submeteram.

No que se refere ao uso da acupuntura para o tratamento da ST, a literatura médica revelou-se escassa. O levantamento realizado no portal de periódicos da Capes retornou 15 artigos no período de 1996 a 2014, dos quais apenas cinco tinham foco no tema específico.

No início dos anos 2000, Xu e outros (2003) relataram que a acupuntura no couro cabeludo associada ao uso de ervas chinesas apresentou bom efeito no tratamento da ST, com resultados melhores do que as drogas utilizadas no ocidente.

Em pesquisa realizada com 45 crianças com ST no qual foram comparados o tratamento com acupuntura e com uso de haloperidol, Du (2007) obteve 65,2% de

resultados positivos no primeiro caso e 31,8% no segundo, o que sugere a efetividade dessa técnica na supressão dos sintomas.

Resultados satisfatórios com o uso da acupuntura, sem efeitos secundários, foram encontrados também por Ma e outros (2007) num total de 98,2% dos 102 casos estudados.

Por fim, dos textos pesquisados tem-se o trabalho de Zhu e Shan (2010) no qual relatam ter utilizado a acupuntura para tratar casos de Tourette no intervalo de março de 2005 a janeiro de 2008, num total de 31 pacientes, no Hospital Municipal em Shanghai, vinculado à Universidade de Medicina Tradicional Chinesa. Os autores registram que no grupo de tratamento dois pacientes ficaram clinicamente sem os sintomas, quatro mostraram melhoras muito eficazes. Em 18 casos as melhoras foram eficazes e em sete casos não houve melhoras. Isso quer dizer que a taxa de resultado da terapêutica foi de 77,4%, enquanto no grupo de controle foi de 46,2%, havendo, portanto, diferença significativa entre as taxas das técnicas utilizadas.

Com relação à utilização da terapia ocupacional, há pouca publicação. Na base dos periódicos da Capes não se obteve nenhum retorno com foco específico na temática. No Brasil destaca-se o trabalho de Reis e Palhares (2007) no qual estudaram um caso, tendo verificado a diminuição dos tiques durante o atendimento em situações de atividades diferenciadas. Os autores argumentam que os resultados permitiram

[...] construir a hipótese de que uma constelação de fatores tenha contribuído para se alcançar este resultado, tanto a aprendizagem do controle sobre a respiração e relaxamento, como a consciência das situações nas quais os tiques aumentavam, sendo possível para ele usar estes novos conhecimentos para obter maior controle sobre aquelas situações ansiogênicas (REIS; PALHARES, 2007, p. 85).

Ao final, pode-se dizer que a terapia ocupacional traz benefícios para os portadores da ST na medida em que auxilia a superar dificuldades em termos de sua vida em família, na escola e consigo mesmo.

Em relação à intervenção psicoeducacional alertam Oliveira e Massano (2012) que não só a pessoa que vive a ST deve participar. É preciso envolver também a família nuclear, a família ampliada, professores, amigos, dentre outros, explicando que, apesar de não haver cura para a doença, os tratamentos são importantes para melhorar o quadro sintomático. Esse tipo de intervenção, de acordo com Verdellen e outros (2011) auxiliam o paciente a reduzir a ansiedade em relação à incerteza do

diagnóstico, o que pode trazer mais conforto em termos psicológicos e permitir a adoção de ações diante da realidade da síndrome e suas consequências.

Por fim, é importante destacar as contribuições da fonoaudiologia, uma vez que pessoas com a ST costumam apresentar dificuldades no aprendizado, particularmente na leitura e escrita. Mas essa especialidade foi apenas mencionada de forma passageira.

Diante de todo esse contexto Mercadante e outros (2004, p. S41) propõem o planejamento terapêutico, que “[...] deve considerar a influência dos sintomas no desenvolvimento da criança, o suporte familiar e a intervenção no processo de aprendizado”.

É interessante observar que muitas pessoas não são afetadas significativamente pelos tiques e os comportamentos deles decorrentes, podendo viver sem medicação. Ainda assim, a prática corrente é o tratamento do sintoma, ou seja, a prescrição de drogas visando, predominantemente, eliminar ou reduzir os tiques, o TDAH e o TOC. São tratamentos padrão que podem apresentar efeitos reversos como aconteceu com o uso da ritalina, indicada para TDAH, que nos casos da ST, chegaram a piorar os tiques. Ainda assim, há pesquisas que não apóiam essa visão (*TOURETTE ACTION*, 2008).

4.1.3.1 O tratamento medicamentoso

Em termos do uso de fármacos, desde a década de 1960 que os neurolépticos vem sendo utilizados e considerados de alta eficácia. No entanto, Loureiro e outros (2005, p. 224) afirmam que “Até o momento a ST não tem cura, sendo que o tratamento farmacológico é utilizado para o alívio e controle dos sintomas apresentados”, de modo geral associados aos tiques, ao TDAH e ao TOC (*TOURETTE ACTION*, 2008). Dessa forma, quanto mais cedo os sintomas forem identificados e o tratamento iniciado, maiores as possibilidades de crianças com ST conviverem melhor com o quadro até a passagem da adolescência, quando eles diminuem substancialmente.

A medicação auxilia apenas no alívio dos sintomas, ou seja, os tiques não são eliminados, o que já foi confirmado com dados estatísticos que revelam que 60% dos pacientes produzem boa resposta, mas não a extinção do quadro como um todo. Além disso, é preciso também esclarecer que os remédios devem ser tomados em doses mínimas, tomando-se as devidas precauções para evitar uso desnecessário (KARENINA, 2012).

Existem alguns tratamentos que podem ser considerados em níveis. O primeiro, mais leve, utiliza medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) “[...] menos agressivos, mas com eficácia provavelmente menor” e o segundo, com medicamentos mais eficazes que, no entanto, produzem efeitos adversos em maior nível de gravidade (OLIVEIRA; MASSANO, 2012, p. 215).

Entre os medicamentos utilizados podem ser citados o haloperidol, olanzapina, sulpiride, risperidona, primozide e ziprazidona, mas há efeitos indesejáveis do uso de drogas no tratamento da ST, como o ganho de peso, o cansaço e a depressão (SANDOR, 2003). Esses resultados são corroborados por Bennett, Keller e Walkup (2013) ao afirmarem que o tratamento com o haloperidol embora traga benefícios, gera também inconvenientes, ou seja, efeitos secundários, ficando difícil escolher entre os efeitos positivos do fármaco e as melhorias espontâneas experimentadas por alguns pacientes com sintomas de tiques.

São utilizados também anti-hipertensivos usados para tratar pressão alta, que apresentam resposta de 60% na melhora dos tiques. Segundo Loureiro e outros (2005, p. 225) a clonidina e a guanfacina “mimetizam agonistas alfa-adrenérgicos [...]”, ou seja, agem como um “[...] agonista pré-sináptico dos receptores alfa-2, deprimindo o sistema noradrenérgico e promovendo a redução e a frequência dos tiques”. Mas há os casos nos quais os pacientes se mostram refratários - que não respondem bem à medicação -, sendo então indicado o uso de antipsicótico de segunda geração com eficácia de 80% ou 90%. Os medicamentos de primeira geração são indicados em último caso, pois apesar de sua eficácia ser de mais de 90% provocam efeitos colaterais (KARENINA, 2012).

Não obstante, é importante lembrar mais uma vez que não há cura para a ST. Portanto, a medicação visa apenas mitigar os sintomas, proporcionando uma qualidade de vida um pouco melhor para os pacientes.

4.1.3.2 Contribuições psicoterápicas

Concomitantemente ao tratamento farmacológico indica-se a psicoterapia para os pacientes e pais. A terapia oferecida aos pais tem por foco trabalhar o nível de esclarecimento e de aceitação, de oferecer uma outra perspectiva, diferente daquela que coloca a criança perfeita no desejo dos genitores.

Os pais são as pessoas mais próximas do paciente, com a descoberta do diagnóstico diversos questionamentos os invadem, tais como – “por que com meu filho?” - ” qual foi minha culpa?” – assim, é preciso um acompanhamento psicoterápico que possa auxiliar a família a enfrentar, entender a doença e o estigma que a acompanha.

Além disso, a psicoterapia pode ajudar os pais a melhorarem a maneira de lidar com o filho evitando atitudes superprotetoras e de estigmatização. Tais comportamentos podem culminar na falta de limites, que por sua vez pode ser fonte de prejuízo na sua educação.

A história da medicina, associada ao desenvolvimento de fármacos e ao sucesso da ciência positivista em diversas áreas do conhecimento humano parece ter conduzido as pessoas à busca de alívio para suas dores e seu sofrimento sem considerar suas possibilidades pessoais. Por outro lado, o tempo de pesquisa e colocação de medicamentos no mercado tem sido cada vez mais curto, com a percepção mais clara de seus efeitos secundários. Entre eles estão alterações no peso, alterações no sono, náuseas, tonturas, boca seca, dor no estômago, entre outros. Esses efeitos podem fazer com que alguns pacientes se recusem à sua ingestão, buscando, não raro, tratamentos como a homeopatia e a acupuntura. No entanto, entre as conseqüências destaca-se o fato de que o tratamento químico pode durar anos levando o paciente à sensação de exclusão, de não pertencimento ao mundo dos que não necessitam desse tipo de medicamento (FERNANDES, 2004).

Dentro dessa temática, observa-se que bons resultados podem ser encontrados, fortalecendo o pensamento das pessoas resistentes aos medicamentos alopáticos, e aumentando sua confiança nos homeopáticos e fitoterápicos e nos tratamentos de

natureza psicoterápica. Assim, há indícios de que só se busca a psicoterapia quando há restrições aos medicamentos.

De acordo com Cook e Blacher (2007) a psicoterapia tem se tornado uma opção para muitos pacientes com tiques graves, em função de menores riscos de efeitos adversos quando comparada às demais formas de intervenção. No entanto, algumas desvantagens foram identificadas, como por exemplo, as expectativas que se fazem sobre o paciente e a família e a pequena quantidade de profissionais especializados capazes de prestar esse tipo de serviço.

Dentre as opções disponíveis no mercado estão profissionais de neuropsicologia, psicologia comportamental, psicologia cognitivo comportamental, terapia por contingências, psicologia humanista existencial, gestalt e psicanalistas.

A neuropsicologia é uma área que se aproxima bastante da psiquiatria e da neurologia, pois de acordo com Malloy-Diniz e outros (2010, p. 17) trata-se de “[...] uma disciplina que estuda as relações entre o cérebro, o comportamento e os processos mentais”. Sendo assim, constitui-se em uma área interdisciplinar, sendo muitos os trabalhos de pesquisa que buscam investigar as funções cognitivas e o desempenho de habilidades em portadores da Síndrome de Tourette.

Por utilizar instrumentos que permitem chegar a resultados padronizados, há uma tendência a identificar com mais clareza locais afetados e suas conseqüências, indicando-se assim, os profissionais que poderão auxiliar na recuperação e adaptação da pessoa afetada.

O levantamento feito no portal de periódicos da Capes trouxe como resultado um total de 1275 artigos, no período de 1985 a 2015, quando foram utilizados os vocábulos “neurology” e “Tourette”, revelando o grande interesse dos pesquisadores dessa área em relação a ST, até por conta da etiologia que vem sendo mais difundida na atualidade.

Outra abordagem que vem se destacando entre os estudiosos da ST é a psicologia comportamental. Construída a partir dos construtos do Behaviorismo Skinneriano sua intervenção clínica se dá a partir da análise do comportamento do paciente tendo por referência a Análise Experimental do Comportamento. O objetivo final está centrado na aprendizagem de comportamentos por parte do paciente de forma a desenvolver novos repertórios e formas adaptativas frente a vida. Assim, são

identificados comportamentos disfuncionais aprendidos que estão causando sofrimento e prejuízos de natureza diversa à pessoa para que novos comportamentos possam ocupar esse lugar.

Para Bennett, Keller e Walkup (2013) o tratamento da Síndrome de Tourette baseia-se em evidências de que os tiques tem origem neurológica, sendo o tique em si, resultado da interação entre fatores biológicos e ambientais. Os autores apresentam uma descrição bastante detalhada de como a Psicologia Comportamental compreende o processo de ocorrência dos tiques e do desenvolvimento de novos repertórios.

Azrin e Nunn (1973) esclarecem que os tiques se desenvolvem após uma lesão física ou trauma psicológico e a partir daí cumprem uma função, de alívio da lesão, ficando o músculo opositor em desuso. Em seguida eles são reforçados negativamente pela redução da tensão que segue a ocorrência do comportamento do tique ou por outros fatores externos, como a atenção social. Esses autores desenvolveram um pacote de intervenções relacionadas à reversão de hábitos e desde então passou a ser referido como Treinamento de Reversão de Hábito (TRH).

Himle e outros (2006) registram que durante as décadas de 1990 e 2000 estratégias de reversão de hábitos, juntamente com o esclarecimento do papel do contexto e das contingências, foram utilizadas no tratamento dos tiques. Em relação a essa técnica, registram Frank e Cavanna (2013) que vários estudos tem demonstrado sua eficácia na redução dos tiques, uma vez que seu foco é ensinar ao paciente como reconhecer os sinais dos impulsos premonitórios referentes aos tiques, para, a partir daí, fazer a escolha por uma resposta adequada. O paciente pode então perceber quando os tiques estão para inromper, dando-lhes a oportunidade a supressão, modificação ou substituição desses movimentos que lhes são inconvenientes e indesejados. Assim, a TRH inclui a formação de consciência com o automonitoramento comportamental, o treinamento de relaxamento e o treinamento de respostas competitivas (DUTTA; CAVANNA, 2013).

No entanto, segundo Bryson e outros (2010) embora tenha sido introduzida há várias décadas para abordar o controle dos tiques, tem sido subutilizada.

Conforme Bennett, Keller e Walkup (2013) um comportamento normalmente recomendado por profissionais com outros enfoques, sugere ao paciente sair do

local onde se encontra, quando o tique se intensifica, como por exemplo o aluno em sala de aula. Para os autores esse comportamento é inadequado, uma vez que ao deixar a sala de aula poderá estar assumindo uma fuga, que podem resultar em aumentos de tiques e novas evasões em situações futuras assemelhadas. Assim, nesta estratégia sugere-se que a criança permaneça no ambiente explorando que tipo de evento poderia estar associado ao agravamento dos tiques para, em seguida, tentar desenvolver formas de lidar com o problema. Esse tipo de comportamento deve ser recompensado por professores e pais, dependendo do ambiente. A ideia subjacente é que a criança ou adolescente possa gerenciar os tiques enquanto sintomas.

No entanto, devido ao fato de a ST apresentar quadros complexos como déficits de atenção, impulsividade, TOC, ansiedade generalizada, distúrbios do humor, dentre outras condições, é importante ressaltar a necessidade do rigor no uso da técnica, pois em alguns casos de intervenções comportamentais pode haver resultados adversos como a substituição de sintomas ou rebote dos tiques.

Além disso, “A ausência de uma resposta definitiva a partir da literatura a respeito da eficácia e viabilidade do uso da Terapia Comportamental para a ST deixa os terapeutas sem orientação empírica suficiente para guiar suas práticas” (FLANCBAUM; ROCKMORE; FRANKLIN, 2011, p. 63, tradução nossa).

Por sua vez, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) consiste em uma das formas de tratamento psicológico para pessoas com condições diferenciadas em saúde mental. Como o próprio nome revela, trata-se de uma combinação dos dois tipos de terapia, que pode auxiliar as pessoas a modificarem ou eliminarem pensamentos indesejados e crenças, no sentido de alterar os comportamentos que surgem em função desses pensamentos.

A TCC baseia-se no pressuposto de que padrões de pensamentos indesejados e reações emocionais e comportamentais são aprendidos durante um longo período de tempo. Assim, busca identificar os pensamentos que podem estar causando sentimentos e comportamentos não desejados, com a finalidade de substituí-los por outros, mais positivos.

Dessa forma, o psicólogo não se concentra em acontecimentos passados, como prima a psicanálise, voltando-se para as dificuldades no momento presente. O objetivo é ensinar novas habilidades e novas maneiras de reagir.

O principal objetivo está em modificar atividades cognitivas e comportamentais para que a pessoa afetada pela síndrome possa reduzir a frequência e a intensidade das respostas disfuncionais (LAVOIE; LECLERC; O'CONNOR, 2013).

A Terapia de Reversão de Hábitos é também uma possibilidade dentro dessa linha de atuação. Ela se apóia na teoria da aprendizagem juntamente com o fato de que o tique é uma reação normal, que naquele momento encontra-se ampliada por condicionamento operante.

Lavoie, Leclerc e O'connor (2013) descrevem esse processo em passos destacando-se: obter consciência do padrão do(s) tique(s), aprender a contrair os músculos antagonistas concorrente para inibir o início do tique, como os principais. Assim, a pessoa com ST pode passar a “controlar” o tique por meio de um movimento consciente, adverso a ele.

A Terapia Comportamental por Contingências utiliza a análise topográfica dos tiques, baseada na descrição dos movimentos e sons emitidos pela pessoa afetada.

Inicialmente faz-se a análise topográfica dos tiques, baseado na descrição dos movimentos e sons emitidos pela pessoa afetada, a Análise Funcional dos tiques e outros sintomas da Síndrome de Tourette, isto é, o estudo do que ocorre antes, em cada caso, durante e após sua aparência, revela que, numa elevada percentagem de situações, a atenção e preocupação central para os tiques reforça a importância que a pessoa afetada concede a eles, desde as tentativas de evitar ou esconder, que acaba se tornando um de seus principais estressores (FREGA, 2003, p. 68, tradução nossa).

O que se observa então, a partir dessa análise é que muitas pessoas que tem a ST preferem abrir mão daquilo que desejam ou gostam de fazer, quando tem receio de seus tiques se converterem em objeto de críticas, bullying, humilhações, insultos e até punições físicas.

Em relação à Psicologia Humanista Existencial foi encontrado apenas um artigo escrito por Trubody (2014), no qual apresenta uma forma diferente de ver o tique, a partir de um raciocínio filosófico baseado em Martin Heidegger.

Por último, tem-se a psicanálise que tem entendido os sintomas da ST como manifestações de conflitos intrapsíquicos adotando a análise como forma de abordagem. A análise atua nesse contexto primando por ouvir as queixas, angústias

e desejos do paciente e/ou de seus familiares, a fim de proporcionar através da fala a identificação e compreensão das conexões que formam sua rede de experiências. No entanto, conforme sugerem Chang, Piacentini e Walkup (2007) os resultados por ela obtidos tem sido considerados ineficazes no sentido de o paciente entender seus sintomas e obter alívio. Segundo ainda Robertson e Chowdhury (2011) em sua pesquisa eles não encontraram nenhum caso relatado entre os artigos que levantaram de 1921 a 2010.

Por outro lado, a conceitualização utilizada pela psicanálise também levou a uma visão reducionista da ST como um déficit de caráter ou força de vontade, o que poderia contribuir ainda mais para a estigmatização generalizada dos sujeitos, aumentando a autculpa de quem padece da doença (KUSHNER, 1999).

Há, no entanto, um novo olhar de alguns psicanalistas que busca integrar o conhecimento estruturado por Freud à neurologia, havendo artigos que tratam do assunto.

4.1.4 Aspectos inter-relacionais e sociais da Síndrome de Tourette

A produção científica sobre a ST tem sido muito vasta em termos de seus aspectos neurológicos, genéticos e dos tiques em si, porém, em comparação aos que tratam das consequências da doença sobre a vida social daqueles que a sofrem.

Essa dimensão interrelacional se reveste de importância, pois como registram Erenbeg, Cruse e Rothner (1987) estudos realizados no início dos anos 1980 já revelaram que 88% das pessoas com Síndrome de Tourette têm sua vida afetada pelos tiques em diversos aspectos, tais como: educação, empregabilidade, interações sociais e em sua vida familiar (CHAMPION; FULTON; SHADY, 1988; STORCH et al., 2007).

Essas dificuldades, enfrentadas cotidianamente pelos indivíduos com essa desordem clínica, tem gerado impactos também na autopercepção de suas habilidades e de seus sentimentos (EDDY et al., 2003).

Pode-se dizer então que a Síndrome de Tourette é uma patologia que gera comprometimentos diversos incluindo não só os fisiológicos, que pode ser visto no

cansaço ao final do dia, mas também prejuízos psicológicos e sociais na vida das pessoas que convivem com a síndrome, decorrentes do comportamento involuntário ao qual estão sujeitos (LOUREIRO et al., 2005).

Essas pessoas podem apresentar diferenças comportamentais em relação à população saudável, sendo que, segundo Eddy e outros (2003) e Malouff, Thonsteinsson e Schutte (2005), em termos gerais há maior presença de neuroticismo, menor nível de conscientização, afabilidade e extroversão do que em indivíduos considerados saudáveis.

É interessante observar que Bawden e outros (1998) já haviam detectado que na puberdade jovens com a ST apresentam dificuldades de relacionamento, sendo que o bullying e a exclusão tornam-se mais comuns quando se adentra a puberdade, aumentando o sofrimento emocional.

De acordo com Zamignani e Labate (2002) as pessoas que vivem com a Síndrome de Tourette enfrentam problemas diversos, incluindo o rigor da ingestão de medicamentos, o cansaço provocado pelos tiques, a falta de compreensão familiar e social, bullying, exclusão social, dentre outros. Alguns anos mais tarde, Storch e outros (2007, p. 227, tradução nossa) relataram os mesmos aspectos ao se depararem com o fato de que “[...] a solidão e o isolamento social estão associadas às taxas de bullying, resultando em relacionamentos sociais pobres e dificuldades de fazer e manter amigos”.

Essas foram as razões pelas quais Hounie e Petribú (1999) e Mercadante e outros (2004) já vinham afirmando que a interferência no cotidiano dos sujeitos deve ser objeto de avaliação, antes de se iniciar uma conduta terapêutica medicamentosa.

Como visto anteriormente, os tratamentos podem ser feitos pela via farmacológica ou psicológica, ou ainda com a combinação dos dois tipos. No caso da abordagem psicológica, é importante fazer a orientação dos pais, da família ampliada e das pessoas mais próximas, falando sobre a doença e buscando formas de lidar com o sujeito que é por ela afetado.

A partir desses aspectos, foi criada nos Estados Unidos, em 1996, uma instituição com a finalidade de dar suporte aos pacientes com ST e seus familiares. Dentro desse propósito, elabora e distribui materiais educacionais cujo objetivo é fazer uma divulgação científica desse transtorno (LOUREIRO et al., 2005).

Essa proposta chegou ao Brasil e 16 anos depois, vê-se, em pleno funcionamento, a Associação Brasileira da Síndrome de Tourette, Tíques e Transtorno Obsessivo Compulsivo (ASTOC). Entre seus objetivos destaca-se o papel de

[...] informar adequadamente portadores, familiares e o público leigo em geral a respeito desses transtornos, seja por meio de orientações individuais ou em grupo, elaboração de material educativo, informações via internet, de reuniões de apoio e eventos educativos, incluindo temas a respeito das características clínicas e tratamentos indicados e disponíveis para esses problemas médicos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA SÍNDROME DE TOURETTE, TÍQUES E TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO, 201-?).

Assim, de acordo com Ramos e Matos (2014, p. 98, tradução nossa)

O desprezo e a marginalização que estas pessoas experimentam agravam muito mais sua situação ao ver como sua qualidade de vida se empobrece, ao se tornarem escassas as oportunidades de convivência social e de conseguir um emprego satisfatório. Tais aspectos aumentam ainda mais o sentimento de isolamento e solidão.

Além desses aspectos, Eapen e Sachdev (2008) os sintomas apresentados podem fazer com que o adolescente e sua família se sintam constrangidos socialmente, chegando a manifestar comportamentos mal adaptados, culpa e vergonha.

Assim, para muitos pacientes e suas famílias, o diagnóstico tem um significado importante, mas com ambivalência, entre o alívio e o desespero. O primeiro por saber que a doença não é degenerativa ou letal e o segundo, porque a ST não tem cura, tornando-se, portanto, um elemento novo que estará sempre presente no seio familiar. Por outro lado, constitui-se em elemento elucidador da situação para que parentes mais próximos e professores compreendam a natureza da condição da criança ou do adolescente (LUDOLPH, et al., 2012; KARENINA, 2012).

Dessa forma, quando entre os familiares é identificado algum membro com algum tipo de necessidade especial, o papel da família sofrerá algumas alterações, de modo geral, moldado de acordo com as circunstâncias. Isso porque novas responsabilidades surgem diante da presença dessa criança em especial, uma vez que os pais se preparam para receber um filho física e mentalmente perfeito. Assim, considerando as atribuições já inerentes à mãe com o recém nato, caberá ao pai comunicar ao restante da família as particularidades que envolvem seu filho. A redistribuição de tarefas, a atenção voltada para outros membros da família deverá ser revista. Isso porque

A presença de uma pessoa deficiente na casa continuará a causar problemas que exigirão, de cada membro da família, redefinições de papéis e mudanças, mesmo após a absorção do impacto inicial. Haverá sempre

necessidades excepcionais – de tempo, reestrutura familiar, mudanças de atitudes e valores e novos estilos de vida (BUSIÁGLIA, 1993.p.87).

Há muito tempo tem sido relatado que pacientes com a ST experimentam muita angústia em lidar com os tiques não só devido à interrupção de suas atividades diárias, como também pelas dificuldades no processo de socialização, o que pode levá-los a comportamentos agressivos (CHAMPION, FULTON, SHADY (1988).

Nesse sentido, De Lange e Oliver (2004) reportam que o peso da agressividade de adolescentes com ST recai sobre suas mães e que, apesar de elas terem um bom conhecimento sobre o curso da doença, pode haver necessidade urgente de lhes propiciar suporte, incluindo terapia familiar.

Em relação à escola, Coffman (2012) registra que a Síndrome de Tourette aparece em pelo menos três em cada 1.000 crianças em idade escolar, o que significa que nas escolas dos Estados Unidos que ainda não tem pelo menos um aluno com a síndrome, estatisticamente pode-se esperar que surgirá um nos próximos anos. A autora questiona então por que os educadores não são informados a respeito da ST, se essa disordem é tão prevalente.

Para se ter uma ideia, Comings e Comings (1985, p. 447, tradução nossa) relataram algumas circunstâncias que ocorrem com os portadores da ST em sala de aula, quais sejam:

- (1) Incapacidade de filtrar ruídos estranhos;
- (2) Comportamento compulsivo de re-leitura da mesma frase diversas vezes;
- (3) Incapacidade para se comportar de forma adequada para estudar;
- (4) Sentimento pesado de que não pode organizar ou priorizar seu trabalho;
- (5) Pânico em testes cronometrados, e
- (6) pensamentos entrando rapidamente em sua cabeça e saindo antes mesmo de serem adequadamente compreendidos.

Em termos relacionais o aluno com ST pode ser alvo fácil de valentões, sofrendo bullying constante, até mesmo porque é no local de recreação que os tiques são frequentemente liberados, reduzindo a pressão sobre a criança para explicar ou disfarçar os movimentos estranhos.

Assim, na opinião de Ferreyra (20--) esses alunos necessitam de um ambiente tolerante e compassivo a fim de lhes propiciar ânimo para utilizar seu potencial máximo. É importante então que as escolas tenham como oferecer áreas privativas de estudos, a oportunidade de fazer provas fora da classe regular ou fazer provas orais quando os sintomas estiverem exacerbados, dificultando sua capacidade de

escrever e consentir que eles façam seus exames em um tempo maior, reduzindo um pouco a pressão que sofrem em tais circunstâncias.

Por fim, é importante registrar que existem associações cujos objetivos se volta a tratamentos dos familiares, priorizando os grupos de ajuda. Nesses casos, tenta-se a aproximação entre aqueles que vivem o mesmo problema, as mesmas dificuldades, os mesmos enfrentamentos com a doença, através de grupos de ajuda onde se organizam em reuniões com familiares e pacientes buscando aproximar as pessoas e trocar experiências vividas diminuindo assim as dificuldades enfrentadas com a doença (KARENINA, 2012).

4.2 REFLEXÕES SOBRE OS ACHADOS

Os textos que foram objeto de análise apresentaram um formato acadêmico, o que resultou em material dentro de um padrão referenciado pela própria ciência, ou seja, *hard*, sem considerações filosóficas ou pessoais

Trata-se de resultados de pesquisas teóricas, teórico-empíricas, com poucos materiais de outra origem, destacando-se aqui as associações que envolvem o tema central do trabalho: a Síndrome de Tourette.

O ser humano, desde os primórdios de sua existência, extrapolou a razão, buscando dentro e fora de si, algo que lhe desse suporte em seus momentos de fragilização. Confiou à natureza explicações necessárias ao apaziguamento de suas inquietações, colocando nos astros e nos fenômenos naturais atributos de divindades às quais recorria em suas agruras. Sem compreender o que ocorria, tramitava entre os mitos e a realidade da própria vida: natureza e divindade estavam entrelaçados: o mundo natural e o mundo humano se constituíam em uma única ordem que estruturava a natureza e a sociedade.

Ao se pensar no período Greco-romano, a dimensão universal permitia a compreensão do concreto, do real. O uso da razão e da lógica conduziu o homem ao empirismo, que teve como consequência a separação dessas duas dimensões. A razão humana se transformou então em juiz da realidade, era preciso confiar na mente humana para descobrir o que era real. No entanto, esse caminho não era

acessível a todos. A maior parte da população continuava transitando entre o mundo mítico, o mundo religioso e a realidade na qual estavam inseridos, ou seja, seu trabalho, sua vida, sua sobrevivência.

Esse percurso perdurou pela história entre tramas e lutas pelo poder não só do conhecimento, mas do domínio sobre os próprios homens e sobre a matéria. Reis, imperadores e papas decidiam sobre os destinos das pessoas. O mundo se viu separado economicamente pelos que tinham acesso à alimentação, às melhores condições de moradia e de vida e os miseráveis.

Entretanto essa divisão tão díspare não se fez sem contramovimentos, mesmo que na forma de uma insurreição silenciosa. Foi assim que crenças, costumes e valores foram preservados em músicas, jogos, danças e folclore, permitindo que o conhecimento do senso comum perpassasse gerações enquanto, de outro lado, a ciência se fortalecia.

Os deuses foram destronados e em seu lugar surgiu a ciência. Entronizada, segurou o cetro e pronunciou editos. Determinou o certo e o errado, o bom e o ruim, enfim, se arvorou no direito de detentora da última palavra. Mas a quem compete dizê-la? Quem possui esse olhar decifrador dos fatos? Quem pode resolver os problemas? Quem é capaz de restabelecer o funcionamento de um organismo tão complexo quanto o corpo humano?

A ciência se diz proprietária desse conhecimento, se pronunciou como ocupante primeira e única desse lugar. Seus arautos: médicos, físicos, engenheiros, pesquisadores, acadêmicos, intelectuais de modo geral. Estava então criado um rigor intelectual cético sobre as explicações “sobrenaturais”.

Mas esse lugar não estava tão seguro quanto se pensava, uma vez que as diversas sociedades carregam consigo estruturas diferentes, parâmetros construídos a partir de sua vida em comum e ritmos de mudança que lhes são peculiares. Assim, no que se refere à cultura e aos modos das sociedades lidarem com seus problemas e questões, ainda na atualidade tem-se um pouco de tudo, em patamares de desenvolvimento diversos, ainda que permeados de elementos comuns. Enquanto transplantes são realizados em cidades com alto padrão de desenvolvimento tecnológico, nos cantos da China, da Tailândia, da África, da Índia, dentre outras

localidades, outros conhecimentos e outras técnicas que sobreviveram ao tempo são empregadas com o intuito de preservar a vida humana.

Ao perpassar a história da Síndrome de Tourette percebe-se com clareza que embora ela tenha se constituído em objeto de pesquisa comum a muitos profissionais, com a utilização de normas e procedimentos considerados científicos, não se pode negar que crenças, valores, histórias de vida e o próprio nível do conhecimento que os pesquisadores possuíam definiu os rumos de suas hipóteses e o olhar sobre os resultados que obtinham. Assim, em que pese não terem se apoiado no senso comum, sua verdade parece relativa, não absoluta, diferindo de pessoa para pessoa e de situação para situação.

Se há um conhecimento sistematizado sobre o assunto, ele não parece homogeneizado, pois quando os pesquisadores optam por estudar um fenômeno muito recortado e delimitado, corre-se o risco de acumular conhecimentos fragmentados sobre um mesmo fenômeno, sem necessariamente haver conexão entre os resultados encontrados, perdendo-se assim, a dimensão do todo.

Sem dúvida, não se pode negar que os resultados obtidos sobre a Síndrome de Tourette até o momento tem auxiliado na compreensão do quadro clínico, bem como das formas de se auxiliar a pessoa que dela padece. Entretanto, a diversidade de explicações para sua origem e sobre as formas de tratamento deixam o leigo em dúvida quanto à real situação do nível de conhecimento sobre o transtorno.

Assim, ao se retomar os conceitos proposto por Gil (2012) e Demo (2013) nos quais foram destacadas algumas características da ciência, percebe-se que, no caso da ST, em que pese a existência de um conhecimento objetivo, racional, sistemático e verificável em alguns detalhes típicos da doença também existe a outra dimensão: a “falabilidade, a instabilidade e a inabilidade de se alcançar algo definitivo” (DEMO, 2013, p. 45).

A trajetória identificada revela um ir e vir de olhares e uma alternância na predominância dos resultados de pesquisas que desafia o entendimento de quem se interessa em conhecer o “estado da arte”, ou seja, a conhecer em que patamar a ciência chegou em termos do quadro clínico, etiologia e tratamentos possíveis para a ST. Quem quer que se coloque no lugar dos pais que recebem a notícia de que tem

um filho com esse transtorno, percebe que ao buscar a bibliografia disponível pode tanto se esclarecer a respeito, quanto ficar confuso.

De um contexto de histeria e conversão a ST passou a ser considerada uma doença de cunho neurológico, sem que se consiga provar essa afirmação pelas técnicas desenvolvidas pela ciência, como por exemplo os exames especializados. Nesse momento, os pais das crianças diagnosticadas têm que se contentar com a palavra do médico, empenhando nele sua confiança e esperança. A confiança em algo que lhe escapa. A confiança em um conhecimento ao qual não tem acesso, pois qualquer argumento que o médico apresentar não poderá ser contestado, pois o conhecimento ainda está, e talvez sempre estará, distribuído de forma desigual, uns apreciando mais a arte, outros a física, outros a química, ficando o ser humano sempre à mercê do outro, do conhecimento que o outro detém. Seu cotidiano é permeado por essas diferenças, percebidas quando o motor do carro enguiça, quando o telhado é destruído pela chuva, quando o esgoto entope ou quando se tem uma dor de estômago, para a qual o remédio caseiro ou a receita da vovó não fazem mais efeito.

Assim, não raro, as pessoas passam a estar à merce do conhecimento do outro, pagando por serviços e produtos que buscam para resolver algo: em alguns momentos resolvendo o problema, em outros sem obter nenhum resultado efetivo.

Quando o homem se depara com problemas em situações de pequena monta ou de danos apenas materiais, não é raro assumir a posição de relegar a tragédia. No entanto, quando vidas estão envolvidas, pessoas queridas estão em perigo, quando os danos são irreversíveis e incontabilizáveis, questionamentos diversos assomam à cabeça. É importante que as respostas dadas deixem claro quando se trata apenas de explicações prováveis, sem garantias absolutas. Isso auxilia o sujeito a lidar com as incertezas e a não criar expectativas de problemas solucionados.

Quando Bunge (1974) classificou as ciências em formais e factuais, auxiliou sobremaneira na condução de pesquisas, no sentido de delimitar seu escopo. No entanto, esse benefício não ocorreu sem consequências. Cada segmento do conhecimento se calcificou em si mesmo. Assim, quando Charcot e La Tourette propugnaram que a ST se caracterizava como uma histeria de conversão, desconsideraram a possibilidade de outros danos orgânicos que pudessem também concorrer para o quadro sindrômico, o que é compreensível quando se verifica o

nível de desenvolvimento da tecnologia e das pesquisas naquela época. Tal fato colocou parte da comunidade acadêmica, particularmente, da medicina, contra seus achados e, certos ou errados, abriram caminho para outros questionamentos, novas possibilidades, de explicação para o fenômeno, em um processo da ciência denominado de autocorretivo.

No palco do desenvolvimento das ciências, Kuhn (1996) concebeu “ A estrutura das revoluções científicas”, disseminando o conceito de paradigma e de formas de geração de conhecimento. Tomando sua obra como base, verifica-se a presença de alguns de seus conceitos, ora de forma clara, ora um tanto obscura.

No caso da ST, não foram encontrados paradigmas no sentido proposto por Kuhn (1996, p. 13) como “[...] realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. O fato de um paradigma tratar de realizações ou ‘respostas’ “universalmente” reconhecidas, como define o autor, restringe a possibilidade de se afirmar haver um paradigma definido para o entendimento da ST, pois no resgate histórico encetado nesta pesquisa, o que se verificou foi uma superposição de olhares e teorias, com preponderâncias diferentes em momentos diversos do tempo.

Apesar disso, olhando a Figura 1 (p.26) poder-se-ia aventar a hipótese de que os conhecimentos sobre a ST ainda estão em estado de “anomalia”, ou seja, os pressupostos que se tem sobre a síndrome não estão conseguindo atingir o que as ciências médicas e os pacientes e seus familiares tanto esperam: a cura. Trata-se de um estado anárquico, no qual diversas teorias tentam explicar um mesmo fenômeno, competindo entre si. Nesse sentido, é interessante observar que os artigos pesquisados revelaram diferentes causas para o transtorno, evidenciando esse estado de coisas. Registra-se aqui, que a existência desses olhares diversos não deveria ser necessariamente ruim, pois seria favorável se essa diversidade se complementasse. Porém, como o que está em jogo é a questão do poder, do domínio do conhecimento, o que faz com que as diferentes perspectivas acabem por competir entre si. Assim, vê-se que ainda não é o caso de se conseguir que as diferenças se articulem e se complementem, pois embora os textos revelem um compartilhamento de conhecimentos, eles estão nitidamente dentro de segmentos específicos das áreas de atuação, não se complementando.

A ST ainda não tem cura, mesmo com mais de 130 anos de discussões e pesquisas a seu respeito. Apesar disso, não se pode desprezar os resultados obtidos pelos pesquisadores, pois como explica Khun (1996) a ciência pode estar em um processo de evolução por meio não só por meio das rupturas que produz, mas também pela acumulação do conhecimento.

Nesse sentido, pode-se dizer que, apesar da diversidade de conhecimentos ainda não entrelaçada, houve avanços em relação ao que se sabe a respeito da ST. Por outro lado, ao se tomar a ciência no conceito de Horowitz e Janis (1994) como algo construído a partir de elementos provisórios, então a estrutura do conhecimento sobre esta síndrome pode ser considerada no caminho da ciência, uma vez que diversas hipóteses foram elaboradas e abandonadas ao longo desses anos, como foi o caso dos Tiques, da Doença de Wilson, da Doença de Huntington, da Coreia de Seydenhan e da Doença de Halervorden-Spatz, com as quais não mais se confunde a Síndrome de Tourette.

Além disso, verificou-se que a conceituação dada pelos diversos autores, passou da histeria para o distúrbio hereditário, deste para o transtorno neurológico, chegando ao que hoje parece ser o entendimento mais comum: um transtorno neuropsiquiátrico.

Não cabe, portanto, se limitar à interpretação proposta por Khun (1996), uma vez que a estrutura do pensamento e a realidade pensada nem sempre é coincidente, podendo levar a um reducionismo deturpante (DEMO, 2013).

Essa nova proposição pode auxiliar inclusive na compreensão do posicionamento do DSM em suas duas últimas versões, nas quais firmou posição em torno do caráter neuropsiquiátrico da doença.

A pesquisa aos textos revelou também uma grande discrepância entre o que se acredita serem os fatores etiológicos da ST. Há autores que referem apenas um fator etiológico para o transtorno, e outros a mais de um. A diversidade do que foi encontrado, revela a dificuldade em se chegar a um denominador comum. As pesquisas realizadas mostram coerência entre as hipóteses, o método e os resultados. Porém, esses resultados não são categóricos, nem coincidentes, abrindo espaço, portanto, para a complexidade.

A partir desse comentário é importante lembrar que Hounie e Petribú (1999) já elencavam quatro fatores básicos que poderiam compor a etiologia da Síndrome de Tourette, ou seja: fatores genéticos, perinatais, psicológicos e neurobiológicos. O texto dos autores dá mais ênfase a esses últimos, destacando elementos que tiveram grande avanço naquela década em função da tecnologia.

Há que se considerar, portanto, a possibilidade da complexidade da ST, conforme proposta por Morin (2005, 2006), ou seja, apontando para uma ciência com consciência. Assim, não se trata de se valer da complexidade como uma receita engessada, tampouco de confundir complexidade com completude. No caso, completude seria chegar a algum ponto no qual a ciência daria conta de “curar” os pacientes com ST. A complexidade não se fixaria somente nos aspectos propostos pelas duas últimas versões do DSM, ampliando a esfera de possibilidades, incluindo inclusive, o que tem sido relegado, ou seja, contribuições que parecem por demais pequenas e inexpressivas no contexto da medicina curativa. Trata-se, portanto, de articular todas as áreas do conhecimento que tem estudado esse transtorno, no sentido de compreendê-lo em suas dimensões e redes de significados.

Há que se considerar, portanto, a possibilidade da complexidade da ST, conforme proposta por Morin (2005, 2006) na qual aponta para uma ciência com consciência. Assim, não se trata de se valer da complexidade como uma receita engessada, tampouco de confundir complexidade com completude. No caso, completude seria chegar a algum ponto no qual a ciência daria conta de “curar” os pacientes com ST. A complexidade não se fixaria somente nos aspectos propostos pelas duas últimas versões do DSM, ampliando a esfera de possibilidades, incluindo inclusive, o que tem sido relegado, ou seja, contribuições que parecem por demais pequenas e inexpressivas no contexto da medicina curativa. Trata-se, portanto, de articular todas as áreas do conhecimento que tem estudado esse transtorno, no sentido de compreendê-lo em suas dimensões e redes de significados.

Assim, seriam entrelaçadas as contribuições da neurobiologia, da genética, da psicologia, da psiquiatria, da educação, das relações interpessoais, dentre outros. A Teoria da Complexidade propugna nessa direção, trabalhar idéias complementares, concorrentes e antagonistas.

Para tanto, mister se faz que esteja presente a interdisciplinaridade, o intercâmbio e conexão entre as diversas áreas do saber, representadas por seus profissionais. Em

relação a esse aspecto, cumpre registrar fato que tem sido comumente relatado nos artigos que é o excesso de medicalização, sem que se tenha a preocupação com o lugar do sujeito que padece desse mal.

De modo geral os tratamentos têm sido feitos à base de medicamentos que, não raro, apresentam efeitos colaterais que colocam o paciente em baixas condições de convivência familiar, freqüência às aulas e eventos sociais. Isso porque, o foco, de modo geral está na redução dos sintomas, tratando-se o sintoma e não o sujeito. Assim, considera-se um tratamento de sucesso aquele que reduz os tiques motores e vocais a quase zero, sem haver a preocupação necessária sem se avaliar a que custo para o sujeito e sua capacidade geral de lidar com a vida. Esse é um dos aspectos reducionistas das ciências racionais. Mas, uma vez, por exemplo, que há um consenso em torno das comorbidades, notadamente o TOC e o TDAH, há que se pensar de forma interdisciplinar, considerando os diversos saberes que dão suporte teórico para o entendimento destas manifestações e, da mesma foram, as diversas perspectivas de tratamento propostas.

Por outro lado, quando se pensa nas contribuições da psicologia, observa-se que não há clareza em termos de uma clínica que interaja com outras áreas do saber. Há, inclusive, conflitos internos quanto às formas de intervenções consideradas mais adequadas. No momento, a psicologia comportamental e cognitivo-comportamental têm se destacado nessa discussão, havendo inclusive publicações em língua inglesa, com abordagens específicas para a Síndrome de Tourette.

No entanto, em todos os textos lidos, nada foi encontrado que desse voz a esse sujeito. Que falasse, e principalmente que lhe deixasse falar diretamente, do seu lugar no mundo, do seu lugar na família, na escola e na sociedade. A preocupação maior tem sido em termos de sua adaptabilidade à doença e não em relação a si. Como dito anteriormente, trata-se de ajudar o sujeito a sair do lugar de assujeição. Nesse sentido, muito mais do que tomar uma posição em relação ao assunto, tornase importante questionar.

Encerra-se, então esta análise com os seguintes questionamentos:

- Que fatores têm limitado a ciência na identificação das causas que dão origem à Síndrome de Tourette?

- Por que depois de mais de 100 anos ainda não se tem um posicionamento preciso sobre a Síndrome de Gilles de La Tourette?
- Se o fundo da síndrome é orgânico, neurológico, por que ainda não há possibilidade de cura?
- Se a síndrome é multifatorial, o que leva a não incluir o acolhimento e tratamento psicoterápico no conjunto dos tratamentos possíveis?
- A área de saúde fala hoje em equipes multidisciplinares, interdisciplinares, mas seria possível hoje essa interação entre a própria área da psicologia no sentido de um processo terapêutico em diversas dimensões para as pessoas acometidas pela Síndrome de Tourette?
- Por que há tão pouco trabalhos que tratam das dimensões psicológicas, emocionais e sociais de quem vive o sofrimento da ST?

Assim, a partir desses cabem ainda outros questionamentos, tais como:

- Que voz tem o sujeito acometido pela ST no mundo?
- Que posição ele ocupa na família? Que posição ocupa no mundo?
- Assim como foram desenvolvidos programas sociais para a Síndrome de Down e outros transtornos, que medidas vêm sendo tomadas pelo Governo no sentido de atuar socialmente junto a essas pessoas?
- Existe alguma estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) que lhes garanta algum suporte?
- Assim como existem os Centros de Atenção Psicossocial para as pessoas com transtornos mentais, já se pensou na possibilidade de atendimentos psicoterapêuticos para quem vive com a ST?
- Considerando que é uma doença rara, existem no SUS profissionais capacitados a fazerem o diagnóstico diferencial e a realizar um tratamento interdisciplinar?
- Estariam os profissionais da área de saúde dispostos a se envolverem no tratamento para a ST?
- Seria necessária uma campanha de conscientização nas escolas para que as pessoas pudessem olhar o portador da Síndrome de Tourette como uma pessoa capaz, com potencial, dentro de suas limitações?

Obviamente que os questionamentos não se esgotam aqui, mas podem abrir espaço para se reconhecer que a experiência pessoal é única e que, mesmo diante de limitações pode se tornar libertadora. Assim o sujeito com a Síndrome de Tourette ao invés de viver pela demanda do outro e pela demanda social, sempre voltadas a controlar os tiques ou deixar de apresenta-los, poderá aurir forças em si mesmo, encontrando seu lugar no mundo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender como a Síndrome de Gilles de La Tourette é entendida nos campos da medicina e da psicologia, por meio da descrição da trajetória histórica da Síndrome de Tourette, do percurso e dos olhares da psiquiatria e da neurologia, juntamente com as contribuições da psicologia em diferentes vertentes.

Ao final pode-se dizer que a medicina tem mantido posição predominante em relação à classificação, diagnóstico e tratamento da ST, tendo percorrido um caminho tortuoso para se chegar ao atual posicionamento que destaca esse transtorno no âmbito da neuropsiquiatria.

Em termos de sua etiologia não foi encontrado um consenso, havendo proposta que consideram a possibilidade de múltiplas causas, incluindo fatores psicológicos.

O tratamento administrado pela medicina tem sido o uso de medicamentos e, em alguns casos, a combinação de remédios e acompanhamento psicoterapêutico. Nesse sentido, destacou-se a psicologia comportamental e a cognitivo comportamental como as que mais tem atuado junto a portadores dessa síndrome, o que dá evidências de que os profissionais dessa área tem comungado mais com os conceitos definidos pela medicina para o transtorno em questão.

Todos os resultados de pesquisa médica ainda são inconclusivos, apresentando evidências que sugerem etiologias diferentes e, eficácia de tratamentos também diferentes. Portanto, não há que se falar em um paradigma para a ST na área de saúde, mas sim, em tratamentos interdisciplinares de uma trama complexa de elementos que colocam os sujeitos nessa condição.

Embora a ST tenha sido identificada e estudada de forma sistemática no seio da psicanálise não foram encontrados textos que revelasse o interesse dessa área pelo quadro sindrômico.

Ao final pode-se dizer que este trabalho atingiu os objetivos propostos e que poderá ser útil a pessoas que desconhecem a Síndrome de Tourette. No entanto, apresenta também algumas limitações que poderão ser sanadas em pesquisas futuras, ampliando o escopo do conhecimento sobre a temática.

Uma das limitações diz respeito à reduzida quantidade de material em português, notadamente no formato de livros. Foram encontrados alguns manuais em língua inglesa que poderiam ser úteis se traduzidos para o português ou se fossem produzidos materiais semelhantes no Brasil.

Outra limitação diz respeito à produção científica que se mostrou irregular em termos da dimensão temporal e geográfica. Além disso, há conteúdos que repetitivos reproduzindo o que já foi dito. Por outro lado, há textos com linguagem extremamente técnica, como na área de medicamentos, que limitam o acesso a quem não domina as expressões técnicas da área.

Por fim, registra-se que nada foi encontrado que falasse do sujeito. Que desse voz ao portador da Síndrome de Tourette para falar de si e do seu lugar. Sugere-se então que pesquisas com pessoas que apresentam esse quadro possam ser realizadas, juntamente com seus familiares, a fim de desvelar outra dimensão desse transtorno tão complexo: o sofrimento do sujeito e sua exclusão do mundo.

REFERÊNCIAS

ABI-JAOUDE, E.; GORMAN, D. A. Tourette syndrome. **Canadian Medical Association Journal**, 19, p. 185-193, feb. 2013.

ALMEIDA, E.G.S.; VILLACHAN-LYRA, P.; HAZIN, I. Perfil neuropsicológico na Síndrome de Tourette: um estudo de caso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 168-181, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** - DSM-IV TR. Lisboa: Climepsi, 2002.

_____. _____. DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa do Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social, para trabajadores sociales**. 7 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA SÍNDROME DE TOURETTE, TIQUES E TRANSTORNOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS (ASTOC), 20-?. Disponível em: <<http://www.astoc.org.br/source/php/001.php>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

AZRIN, N.H.; NUNN, R.G. Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. **Behavioral Research and Therapy**, 11, p. 619-628, 1973.

AZRIN, N.H.; PETERSON, A.L.. Habit reversal for the treatment of Tourette syndrome. **Behavioral Research and Therapy**, 26, p. 347–351, 1988.

BALL, C.; BOX, H. **Education Issues and Tourette Syndrome**. Edited by Claire Ball and Hillary Box, August, 2008. Disponível em: < www.aettraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/05/5.6-Education-Issues-and-Tourette-Syndrome.pdf >. Acesso em: 3 dez. 2014.

BARR, C.L. et al. Genome scan for linkage to Gilles de la Tourette syndrome. **American Journal of Medical Genetics**, (20), p. 88437-88445, 1999.

BASTOS, A.G. Um estudo psicanalítico sobre a Síndrome de Tourette. **Psicanálise & Barroco em Revista** v.11, n.1, p.117-136, jul. 2013.

BASTOS, A.G; VAZ, C.E. Estudo correlacional entre neuroimagem e a técnica de Rorschach em crianças com Síndrome de Tourette. **Avaliação Psicológica**, v. 8:2, p. 229-244, 2009.

BAWDEN, H.N. et al. Peer relationships problems in children with Tourette's disorder or diabetes mellitus. **Journal of Psychology and Psychiatry**, v. 39, p. 663-668, 1998.

BELLOTO-SILVA, C. ET AL. A família pode ajudar no tratamento? Uma abordagem familiar. In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.11, p. 159-164.

BENNET, S.M.; KELLER, A.E.; WALKUP, J.T. The future of tic disorder treatment. **Annals Of The New York Academy Of Sciences**, n. 1304, p. 32–39, 2013.

BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRASILEIRO, A.M.M. **Manual de produção de textos acadêmicos e científicos**. São Paulo: Atlas, 2013.

BRAVO-HERNANDEZ, A. La lepra: una visión humanista. **Revista de Ciência Médicas La Habana**. Vol. 11, nº 1, p. 1-2, editorial, 2005.

BRITO, G.N.O. Síndrome de Tourette: clínica, terapêutica e modelo neurobiológico. In: MIGUEL, E.C., (Editor). **Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996

BRYSON, W.J. et al. Integrated Behavior Therapy in the Treatment of Complicated Tourette's Disorder and Its Comorbidities. **Clinical Case Studies**, 9 (2), p. 154-163, 2010.

BUNGE, M. **La ciência, su método y su filosofía**. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1974.

BURD, L. et al. Tourette Syndrome and learning disabilities. **BMC Pediatrics**, (5),p. 34, 2005.

BUSIÁGLIA, L. **O Deficiente e seus pais**. 4 ed. Rio De Janeiro: Record,1993.

BYNUM, W. **História da medicina**. L&PM Pocket Encyclopaedia, v. 957. Tradução de Maior, F. M. São Paulo: L&PM Editores, 2011.

CANO PARRA, Y. **Proyecto de intervención Educativa para la inclusión de Niños con síndrome de tourette em Los colégios**. 2012. 61f. Dissertação (Máster Universitario em Psicopedagogía) – Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid, Valladolid-Espanha, 2012.

CASTRO, A. A. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP, 2006. Disponível em: < <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise> > Acesso em: 21 fev. 2012.

CHACON, S.J.; VASERMANAS, D. **Vivir y convivir con el Síndrome de Tourette: Proyecto de Intervención Psicoeducativa para la prevención y mejora de trastornos neurocognitivos y del estado de ánimo, asociados al Síndrome de Tourette, en las personas afectadas y sus familias**. Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A.) Programas de Promoción de la Salud, p. 1-12, 20--.

CHALLAS, G.; BRAUER, W. Tourette's disease: relief of symptoms with R1625. **American Journal of Psychiatry**, 120, p. 283-284, sep., 1963.

CHAMPION, L.M., FULTON, W.A., SHADY, G.A. Tourette syndrome and social functioning in a Canadian population. **Neuroscience Biobehavioral Review**, n. 12, p. 255-7, 1988.

CHANG, S.W.; PIACENTINI, J.; WALKUP, J.T. Behavioral Treatment of Tourette Syndrome: Past, Present, and Future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 14 (3), p. 268-273, 2007.

CHAPEL, J.L.; BROWN, N.; JENKINS, R.L. Tourette's disease: symptomatic relief with haloperidol. **American Journal of Psychiatry**, 121,p. 608-610, sep., 1964.

CHECCHINATO, D. **Psicanálise de pais: criança, sintoma dos pais**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007.

COFFMAN , A. Tourette Syndrome in the classroom. **Educational Leadership**, p. 46-50, oct., 2012. Disponível em: < www.ASCD.org >. Acesso em: 12 maio 2014.

COHEN, E. et al. Locus of control, perceived parenting style, and symptoms of anxiety and depression in children with Tourette's syndrome. **European Journal of Child and Adolescent Psychiatry**, (17), p. 299-305, 2008.

COMINGS, D.E.; COMINGS, B.G. Tourette Syndrome: clinical and psychological aspects of 250 cases. **American Society of Human Genetics**, n.37, p.435-450, 1985.

COOK, C. R.; BLACHER, J. Evidence-based psychosocial treatments for tic disorders. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 14, p. 252-267, 2007.

CORBIN, K.B. et al. Further observations on Tourette's Syndrome. **Proc. Australian Association Neurology**, n. 5, p. 447- 453, 1968.

DE LANGE, N.; OLIVER, M.A.J. Mothers' experiences of aggression in their Tourette's Syndrome children. **International Journal of Advise Counselling**, v. 26, p. 65-77, 2004.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2013.

DÍAZ-ANZALDÚA, A. et al. Tourette Syndrome and dopaminergic genes: a family-based association study in the French Canadian founder population. **Molecular Psychiatry**, n.9, v. 3, p. 272-274, 2004.

DÍAZ-ANZALDÚA, A., ROULEAU, G.A. A closer look at the history and genetics of Tourette Syndrome. **Salud Mental**, 31, p. 103-109, 2008.

DINIZ, J.B., HOUNIE, A.G. Como é o tratamento dos tiques? In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.8, p. 109-116.

DU, G. Observation on the curative effect of acupuncture on child Tourette's Syndrome. **Journal of Acupuncture and Tuina Science**, Vol.5(5), p.294-296, 2007.

DUNKER, C.I.L. , KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez., 2011.

DUTTA, N.; CAVANNA, A.E. The effectiveness of habit reversal therapy in the treatment of Tourette syndrome and other chronic tic disorders: a systematic review. **Functional Neurology**, 28 (1), p. 7-12, 2013.

EAPEN, V. CRNCEC, R. Tourette Syndrome in children and adolescents: special considerations. **Journal of Psychosomatic Research**, 67(6), p. 525-532, 2009.

EAPEN, V., PAULS, D.I., ROBERTSON, M.M. Evidence of autosomal dominant transmission in Tourette's syndrome. United Kingdom cohort study. **British Journal of Psychiatry**, 162, p. 593-96, 1993.

EAPEN, V.; ROBERTSON, M.M. Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette Syndrome. **CNS Drugs**, Mar; 13 (3), p. 173-183, 2000.

EAPEN, V.; SACHDEV, P. Managing tic disorders: an update on Tourette Syndrome. **Medicine Today**, v. 9, p. 14-21, 2008.

EDDY, C. M. et al. A controlled study of personality and affect in Tourette Syndrome. **Comprehensive Psychiatry**, v. 54, p. 105-110, 2003.

_____. Clinical Correlates of Quality of Life in Tourette Syndrome. **Movement Disorders**, Vol. 26, No. 4, p. 735-738, 2011.

EDDY, C.; RIZZO, R.; CAVANNA, A. Neuropsychological Features of Tourette syndrome: A review. **Journal of Psychosomatic Research**, v.67, pp.503-513, 2009.

EISENBERG, G. L., ASCHER, E., KANNER, L. A Clinical Study of Gilles de la Tourette's Disease (Maladie des Tics) in Children. **American Journal of Psychiatry**, (115), p. 715-723, 1959.

ERENBERG, G., CRUSE, R.P., ROTHNER, D.A. The natural history of Tourette's syndrome: a follow-up study. **Annals of Neurology**, n. 22, p. 383-5, 1987.

FALCATO, M.A.; MAYMI, R.V. Transtornos de Gilles de La Tourette: aspectos patogénicos y terapéuticos. Presentación de 1 caso. **Revista Cubana de Pediatría**, 73 (1), p. 64-68, 2001.

FANDIÑO-FRANKY, J. La discriminación y estigmatización a las personas con epilepsia: Sus derechos humanos y civiles. **Revista de Medicina**, Bogotá, vol.32, n.2 (89), p. 150-165, Jun., 2010.

FARIAS FILHO, M.C.; ARRUDA FILHO, E.J.M. **Planejamento da pesquisa científica**. São Paulo: Atlas, 2013.

FARIDI, K., SUCHOWERSKY, O. Gilles de la Tourette's Syndrome. **Canadian Journal of Neurological Science**. v.30 (Suppl 1), p.S64-71, 2003.

FAZENDA, I. C. A. (Org.) **O que é interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2008.

FERENCZI, S. Psycho-analytical observations on tic. **The International Journal of Psycho-Analysis**, v. II, parte 1, p. 1-30, 1921.

FERNANDES, W.J. Que pena, há algo além da serotonina? **Vínculo**, v.1 n.1, p. 1-8, São Paulo dez. 2004.

FERNANDO, S.J.M. Gilles de La Tourette's Syndrome. **British Journal of Psychiatry**, n. 113,p. 607-617, 1967.

FERREIRA, B.R.; PIO-ABREU, J.L.; JANUÁRIO, C. Tourette's Syndrome and associated disorders: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**. 36(3), p. 123-133, 2014.

FERREYRA, F. **El Síndrome de Gilles de La Tourette**. Residência de Medicina em Família. Hospital Regional Enrique Vera Barros. Rioja, Argentina (20--). Disponível em: < <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/ferreyra/tourette.shtml> >. Acesso em: 25 mar. 2015.

FIGUEIREDO, AC. Os PPPês: profissionais "psi" nos serviços de saúde mental. In JACÓ-VILELA, AM., CEREZZO, AC., RODRIGUES, HBC. (Orgs.) **Clio-psyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 107-123.

_____ **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FLANCAUM, M.; ROCKMORE, L.; FRANKLIN, M.E. Intensive Behavior Therapy for Tics: Implications for Clinical Practice and Overcoming Barriers to Treatment. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 23, p. 61-69, 2011.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 285-319.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 35 ed. Tradução de Raquel Ramalheite. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

FRANK, M.; CAVANNA, A.E. Behavioural treatments for Tourette Syndrome: An evidence-based review. **Behavioural Neurology**, 27, p. 105–117, 2013.

FREEMAN, R.D et al. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v.42, p. 436-47, 2000.

FREEMAN, R.D. Tic disorders and ADHD: Answers from a worldwide clinical dataset on Tourette Syndrome. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 16(1), p.15-23, 2007.

FREGA, D. R. V. La incidencia del estrés y los objetivos de la Terapia Psicológica, en los aspectos biopsicosociales y comportamentales del Síndrome de Gilles de La Tourette: Un Modelo interactivo para la integración de factores. In: Primer Congreso Nacional de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados., 13 y 14 de septiembre de 2002, Córdoba (España). **Síndrome de Tourette y trastornos asociados. Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A)**, 2003, p. 65-77.

FREUD, S. Extratos das notas de rodapé de Freud à sua tradução das conferências das terças-feiras, de Charcot (1892). Obras completas, v. 1. Edição Standard Brasileira. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

FRIEL, P.B. Familial incidence of Gilles de la Tourette's disease, with observations on aetiology and treatment. **British Journal of Psychiatry**, v. 122, p.655-658, 1973.

GALLIAN, D.M.C. **A (re) humanização da medicina**, (20--) Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: < <http://priory.com/psych/galli0500.htm> >. Acesso em: 15 maio 2015,

GERMINIANI, F.M.B. et al. Tourette's syndrome: from demonic possession and psychoanalysis to the discovery of gene. **Arquivos de Neuropsiquiatria.**, São Paulo , v. 70, n. 7, p. 547-549, Jul. 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GOODWIN, C.J. História da psicologia moderna. 4 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

GORMAN. D.A. et al. Psychosocial outcome and psychiatric comorbidity in older adolescents with Tourette Syndrome: controlled study. **British Journal of Psychiatry**, (197), p. 36-44, 2010.

GUERRA, A. M. C. O Social na Clínica e a Clínica do Social: Sutilezas de uma Prática. In: GONÇALVES, B. D.; GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. de O. (orgs.). **Clínica e Inclusão Social: Novos Arranjos Subjetivos e Novas Formas de Intervenção**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002, pp. 29-48

GURIDI, J., ALDAVE, G. Dianas quirúrgicas en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Desde el movimiento a las emociones. **Neurocirugía**, v. 22, p. 5-22, 2011.

HAO, D.; GAO, K.; JANKOVIC, J. The genetics of Tourette Syndrome. **Nature Reviews. Neurology**, vol. 8(4), p. 203-2013, 2012.

HASSIN, G.B.; STENN, A., BURSTEIN, J.J. Stereotyped acts or attitude tics? A case with a peculiar anomaly of gait. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v.71, p. 27-32, jan.,1930.

HIMLE, M.B. et al. Brief review of habit reversal training for Tourette Syndrome. **Journal of Child Neurology**, 21, p. 719-725, 2006.

HOEKSTRA, P.J. et al. Elevated D8/17 expression on B lymphocytes, a marker of rheumatic fever, measured with flow cytometry in tic disorder patients. **American Journal of Psychiatry**, n. 158, 1001, p. 605-610, 2001.

HOROWITZ, T.; JANIS, A.I. (Ed.). **Scientific Failure**. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, 1994.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOUNIE, A.G. O que são tiques? O que é Síndrome de Tourette? In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.1, p. 19-28.

HOUNIE, A.G.; PETRIBÚ, K. - Síndrome de Tourette – revisão bibliográfica e relato de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 2, v. 1, p. 50-63, 1999.

JAEGER, W. **Paidéia**: A formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

JANKOVIC, J. Differential diagnosis and etiologi of tics. **Advances in Neurology**, n. 85, p. 15-29, 2001.

JANKOVIC, J.; KURLAN, R. Tourette Syndrome: Envolving concepts. **Movement Disorders**, v. 26(6), p. 1149-1156, 2011.

KARENINA, S. Síndrome de Tourette: Aspectos Psicossociais relacionados ao sofrimento persistente nas famílias que convivem com a doença. **Família e Sociedade**. RedePsi. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2012/08/01/s-ndrome-de-tourette-aspectos-psicossociais-relacionados-ao-sofrimento-persistente-nas-fam-lias-que-convivem-com-a-doen-a/>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

KEVIN, St. P.; McNAUGHT, K.S.; MINK, J.W. Advances in understanding and treatment of Tourette Syndrome. **Nature Reviews Neurology**, (7), p. 667- 676, 2011.

KIESSLING, L.S, MARGOTTE, A.C., CULPEPPER, L. Antineuronal antibodies in movement disorders. **Pediatric Journal**, v. 92, p. 39-43, 1993.

KRITSKI, A.L; CONDE, M.B; SOUZA, G.R.M. **Tuberculose do Ambulatório a Enfermaria**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Coleção Debates. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

KURLAN, R.; JOHNSON, D.; KAPLAN, E.L. Tourette Syndrome Study Group. Streptococcal infection and exacerbations of childhood tics and obsessive-compulsive symptoms: a prospective blinded cohort study. **Pediatrics**, (121), p.1188-1197, 2008.

KUSHNER, H.I. Medical fictions: the case of the cursing arquite and the (re)construction of Gilles de la Tourette's Syndrome. **Bulletin of the History of Medicine**, n. 69, p. 224-254,1995.

_____. A brief history of Tourette syndrome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22(2), p. 76-79, 2000a.

_____. A Cursing Brain?: the histories of Tourette Syndrome. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2000b. Disponível em:<
https://books.google.com.br/books?id=9dQEB_MbhKEC&pg=PA66&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false >. Acesso em: 05 abr. 2015.

_____. A conjuntura histórica para um substrato infeccioso para a Síndrome de Tourette. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 22, v. 2, p. 39-40, 2000c.

KUSHNER, H.I., KIESSLING, L.S. The controversy over the classification of Gilles de la Tourette's Syndrome, 1800-1995. **Perspectives in Biology and Medicine**, n. 39, p. 409-35, 1996.

LABATE, M.C. Qual o papel dos grupos de apoio para portadores e familiares? In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.14, p. 188-193.

LACERDA JÚNIOR, J.A. Olhar, conhecer, escrever pequeno ensaio crítico sobre a ditadura da escrita. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, n. especial, p. 112-123, jul./dez., 2003.

LAJONCHERE, C., NORTZ, M., FINGER, S. Gilles de la Tourette and the discovery of Tourette Syndrome. **Archives of Neurology**, 53 (6), p. 567-574,1996.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVOIE, M.E.; LECLERC, J.; O'CONNOR, K.P. Bridging neuroscience and clinical psychology: cognitive behavioral and psychophysiological models in the evaluation and treatment of Gilles de la Tourette syndrome. **Neuropsychiatry**, 3.1, p. 75-88, Feb. , 2013.

LECKMAN, J.F., PEETERSON, B.S. The pathogenesis of Tourette's Syndrome: epigenetic factors active in early CNS development. **Biological Psychiatry**, n. 34, v. 7, p. 425-427, 1993.

LIT, L. et al. A subgroup of Tourette's patients overexpress specific natural killer cell genes in blood: a preliminary report. **American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatr Genetics**. 144B, p. 958-963, 2007.

LOPES, , A.C. et al. Outros tratamentos para a Síndrome de Tourette. In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.9, p. 117-150.

LOUREIRO, N.L.V. et al. Tourette: por dentro da síndrome. **Revista de Psiquiatria Clinica**, n. 32, v. 4, p. 218-230, 2005.

LUDOLPH, A.G. et al. Tourette Syndrome and Other Tic Disorders in Childhood, Adolescence and Adulthood. **Deutsches Ärzteblatt International**, nº 109, v. 48, p. 821-828, nov. 2012.

MA, X. et al. Treatment of 102 cases of Tourette's Syndrome with acupuncture plus herbal medicine. **Journal of Acupuncture and Tuina Science**, Vol.5(4), p.252-254, 2007.

MAHLER, M.S., LUKE, J.A., DALTROFF, W. Clinical and Follow up Study of The Tic Syndrome In Children. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 15, p. 631-647, 1945.

MAHLER, M.S., RANGELL, L. A Psychosomatic Study of Maladie des Tics (Gilles de la Tourette's Syndrome). **Psychiatric Quarterly**, v. 17 (4), p. 579-603, 1943.

MACKAY, D. **Psicologia Clínica: Teoria e Terapia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MALOUFF, J.M., THORNSTEINSSON, R.B., SCHUTTE, N.S. The relationship between the five factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. **Journal fo Psychopathology and Behavioral Assessment** , 27(2), p. 101-14, 2005.

MALLOY-DINIZ, L.F. et al. **Avaliação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARSH, R. et al. Habit learning in Tourette syndrome: a translational neuroscience approach to a developmental psychopathology. **Archives of General Psychiatry**, (61), p. 1259-1268, 2004.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, 2(1), p. 7-27. 1996.

MARTINS, G.A.; THEÓPHILO, C.R. **Metodologia da investigação científica para Ciências Sociais Aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATHEWS, C.A. et al. Association between maternal smoking and increased synptom severity in TouLrette's Syndrome. **American Journal of Psychiatry**, jun., v. 163 (6), p. 1066-1068, 2006.

MATOS, E.G., MATOS, T.M.G, MATOS, G.M.G. Uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 27(3), p. 312-318, set/dez, 2005.

MATTOS, J.P.; MATTOS, V.M.B.C. Doença dos tiques: aspectos genéticos e neuroquímicos atuais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 57, (2-B), p. 528-530, 1999.

MEIJE, H.; FEINDEL, E. Tics and their treatment. New York: Willian Wood and Company, 1907.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MERCADANTE, M.T. et al. As bases neurobiológicas do transtorno obsessivo-compulsivo e da síndrome de Tourette. **Journal de Pediatria** (Rio de Janeiro) n. 80, v.2, Suppl:S, p. 1008-1013, 2004.

MICHAEL, R.P. Treatment of a Case of Compulsive Swearing. **British Medical Journal** , n. 1, p. 1506-1508, 1957.

MONTEZUMA DEL CASTILLO, O. El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette **Persona**, n. 6, p. 151-178. Universidad de Lima, Lima, Perú, 2003.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007.

MOREIRA, J. de O. **Material didático aula 1: Psicologia: uma ciência do século XXI**. Betim: PUC Minas: [s.n], (Digitado), 2004.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. _____. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MULLER, V.T. et al. O que é estimulação magnética transcraniana? **Revista Brasileira de Neurologia**, 49(1), p. 20-31, 2013.

MURARO, R.M. Introdução histórica. In: KRAMER, H., SPRENGER, J. (editors). **O Martelo das Feiticeiras (Malleus Maleficarum)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

NASCIMENTO, E. S.; TEIXEIRA, V.M.N. Redação técnico-científica e pesquisa bibliográfica: algumas reflexões. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 2, p. 213-228, 2012.

NAVA, P. **Capítulos da história da medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Ateliê, 2004.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v.1, n.3, 2º sem., p. 1-5, 1996.

OLIVEIRA, A. B. **A Evolução da Medicina até o início do século XX**. São Paulo: Pioneira, 1981.

OLIVEIRA, A.; MASSANO, J. Síndrome de Gilles de La Tourette: Clínica, Diagnóstico e Abordagem Terapêutica. **Arquivos de Medicina**, 26 (5), p. 211-217, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OSMON, D; SMERZ, J. Neuropsychological Evaluation in the Diagnosis and Treatment of Tourette's Syndrome. **Behavior Modification**, 29(5), p. 746-783, 2005.

PACKER, L.E. Educating Children with Tourette Syndrome: Understanding and Educating Children With a Neurobiological Disorder. In: **TOURETTE SYNDROME ASSOCIATION**, Manual to Special Education Training; The State Education Department. The University Of The State Of New York/ Albany N.Y., part. 1, p. 1-21,1995.

PANCRÁCIO, P.J.P. **História da medicina internacional no século XI**. 2012. 24 f. Monografia. Mestrado Integrado em Medicina – História da Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2012.

PAPPERT, E.J. et al. Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. **Neurology**, v. 61, p. 936–40, 2003.

PAULIN, T.; LUZIO, C. A. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2), p, 98-109, 2009.

PÉREZ-RINCÓN, H. Las tribulaciones de Georges o los avatares de uma Enfermedad, **JANO**, n. 1652, p. 18-25, mayo , 2007.

PERIN, E. A., ROSÁRIO, M.C., HOUNIE, A. G. Os tiques são hereditários?. P. 73-86. In: In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.6, p. 73-86.

PERISTERA, P. The genetic basis of Gilles de La Tourette Syndrome. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37(6), p. 1026-1039, 2013.

PLESSEN, K. Tic disorders and Tourette's Syndrome. **European Child Adolescent Psychiatry**, n. 22, p. S55-S60, 2013.

RAMALHO, J. et al. Intervenção Educativa na Perturbação Gilles de La Tourette. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 14:3, p. 337-346, 2008.

RAMOS, A. L. R.; MATOS, E. R. Los Retos y Desafíos del Síndrome de la Tourette en la Psicología: Agenda del Presente y Futuro. **Revista Griot**, V. 7, N. 1, Nov. p. 97-106, 2014.

REBOLLO, R.A. O legado hipocrático e sua fortuna no período Greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiæ Zudia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006.

REIS, T. L.; PALHARES, M. S. Estudo de Caso – atendimento em terapia ocupacional de um paciente com síndrome de Tourette. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 78-85, maio/ago., 2007.

RIBEIRO, J.P.; LEAL, I.P. Psicologia clínica da saúde. **Análise Psicológica**, 4 (XIV), p. 589-599, 1996.

RICHARDSON, R.J et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RICKARDS, H.; WOOLF, I.; CAVANNA, A.E. "Trousseau's Disease:" a description of the Gilles de la Tourette syndrome 12 years before 1885. **Movement Disorders**, 25, p.2285-2289, 2010.

ROBERTSON, M.M., EAPEN, V., CAVANNA, A.E. The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: Across-cultural perspective. **Journal of Psychosomatic Research**, (67), p. 475-483, 2009.

ROBERTSON, M.M.; CHOWDHURY, U. Behavioral and psychological therapies for Tourette Syndrome and tic disorders: their place in treatment and history. **Neuropsychiatry**, Vol. 1, n. 4, p. 385-400, 2011.

ROBERTSON, M.M. Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications. **Journal of Psychosomatic Research**. , 61, p. 349- 358, 2006.

_____. The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 1: the epidemiological and prevalence studies. **Journal of Psychosomatic Research**. 65, p. 461-72, Epub, 2008a.

_____. _____. Part 2: tentative explanations for differing prevalence figures in GTS, including the possible effects of psychopathology, aetiology, cultural differences, and differing phenotypes. **Journal of Psychosomatic Research**. 65, p. 473-86, Epub, 2008b.

RODRIGUES, R.M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROSÁRIO, M.C.; MATHIS, M.A.; MIGUEL, E.C. Tiques, cacoetes, manias, dúvidas e obsessões: existe relação? In: HOUNIE, A.G.; MIGUEL, E.C. (orgs). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette**: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.2, p. 29-42.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.

SANDOR, P. Pharmacological management of tics in patients with TS. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 55, p. 41- 48, 2003.

SANTOS, G.T., LOPES, P.C. Literatura e fenômeno religioso. **Kalíope**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. 93-114, jan./jun., 2009.

SARAIVA, J.C.D.S.; VAZ, R. **Estimulação Cerebral Profunda na Síndrome Gilles de La Tourette**. 2011. 53 f. Monografia . Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2011.

SCAHILL, L., TANNER, C., DURE, L. The Epidemiology of tics and Tourette Syndrome in children and adolescents. **Advanced Neurologies**, n. 85, p. 261-271, 2001.

SCHNEIDER, D. R. **Novas perspectivas para a psicologia clínica**: um estudo da obra “Saint Genet: comédien et martyr”, de Jean-Paul Sartre. 2002. 339f. Tese, Psicologia Clínica. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2002.

SELLING, L. The role of infection in the etiology of tics. **Archives of Neurology Psychiatry**, n. 22, p.1163-71, 1929.

SHAPIRO, A.K.; SHAPIRO, E. Treatment of Gilles de La Tourette's Syndrome with haloperidol. **British Journal of Psychiatry**, n. 50, p. 114-145, 1968.

SHAPIRO, E.; SHAPIRO, A.K. Tourette Syndrome. Chap. 11. In: SHAN, N. S. ; DONALD, A.G. **Movement disorders**. New York: Plenum Publ. Corporation, 1986. Disponível em: <
https://books.google.com.br/books?id=GxzpBwAAQBAJ&pg=PA244&lpg=PA244&dq=shapiro+Gilles+de+la+Tourette+Syndrome&source=bl&ots=IQQiQAcrgl&sig=1acFe2Z8_UUvFgFLUjAs9TRvV0&hl=pt-BR&sa=X&ei=jDNbVcWgE4axsASQ2YDADQ&ved=0CFUQ6AEwBg#v=onepage&q=shapiro%20Gilles%20de%20la%20Tourette%20Syndrome&f=false >. Acesso em: 22 jan. 2015.

SILVA, P.R.M.; ROCHA, M.S. O ato médico e a subjetividade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 69-81, mar., 2008.

SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho em saúde pública. In CAMPOS, F.C. B.. **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

SIQUEIRA JÚNIOR , A. J. **Aspectos da dança contemporânea do Recife (1988-2002)**, 2003. 294 f. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Artes Cênicas da Escola de Dança e Teatro - Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2003.

SPENCER, T. et al. Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** , 39, p. 1037-44, 1998.

STONE, M.H. **A cura da mente**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

STORCH, E.A, et al. Quality of life in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorder. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v.36, p. 217-227, apr./jun., 2007.

SWAIN, J. et al. Tourette Syndrome and Tic Disorders: A decade of progress. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 46(8), p. 947- 968, 2007.

SWEDO, S.E. et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. **American Journal of Psychiatry**, (155), p. 264-271,1998.

TEIVE, H.A.G. et al. Charcot's Contribution to the Study of Tourette's Syndrome. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 66, n. 4, Dez. 2008.

TEIXEIRA, L. L. C. et al. . Síndrome de La Tourette: revisão de literatura. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia** (Impr.), São Paulo , v. 15, n. 4, Dec. 2011.

TORRES-GOITIA, J. T. Historia y Medicina. **Archivos Bolivianos de La Historia de La Medicina**, v. 6, n. 1, enero-junio, p. 10-18, 2000.

TOURETE'S ACTION. Education Issues and Tourette Syndrome. London: Edited by Claire Ball and Hillary Box, 2008. Disponível em: < <http://www.aettraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/05/5.6-Education-Issues-and-Tourette-Syndrome.pdf> >. Acesso em: 16 jan. 2015.

Definitions and classification of tic disorders. The Tourette Syndrome Classification Study Group. **Archives Neurology** , n. 50, p. 1013-1016, 1993.

TRINDADE, D.F. Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências. In: FAZENDA, I. C. A. (Org.) **O que é interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 72-83.

TRUBODY, B. 'Ticced Off' : An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Tourette's Syndrome. **Existential Analysis**, 25.2, P. 269-284, Jul., 2014.

VALE, N.B.; DELFINO, J.; VALE, L.F.B. A serendipidade na medicina e na anesthesiologia. *Revista Brasileira de Anesthesiologia*, 55: 2:, p. 224 – 249, 2005.

VASCONCELLOS, M.J.E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 4 ed. Campinas-SP: Papyrus, 2005.

VERDELLEN, C. et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III : behavioural and psychosocial interventions. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 20, p. 197-207, 2011.

WALKUP, J.T. , LABUDA, M.C., SINGER, H.S. Family study and segregation analysis of Tourette Syndrome: Evidence for a mixed model of inheritance. **Am J Human Genetics**, v.59, p. 684-693, 1996.

WALKUP, J.T., SCAHILL, L.D., RIDDLE, M.A. Disruptive behaviour, hyperactivity, and learning disabilities in children with Tourette's Syndrome. **Advances in Neurology** , (65), p.259-272, 1995.

XU, C. et al. Clinical study on treatment of Tourette's Syndrome with acupuncture-Chinese herbs combination. **Journal of Acupuncture and Tuina Science**, Vol.1(6), p.15-16, 2003.

ZAMIGNANI, D.R., LABATE, M.C. (orgs). **A vida em outras cores: superando o transtorno obsessivo-compulsivo e a síndrome de Tourette**. São Paulo: ESETec Ed. Associados, 2002.

ZHU, B.; SHAN, Y. Clinical observation on Tourette Syndrome treated by different acupuncture methods. **Journal of Acupuncture and Tuina Science**, Vol.8(4), p.233-235, 2010.