



Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Yuri Coutinho Vilarinho

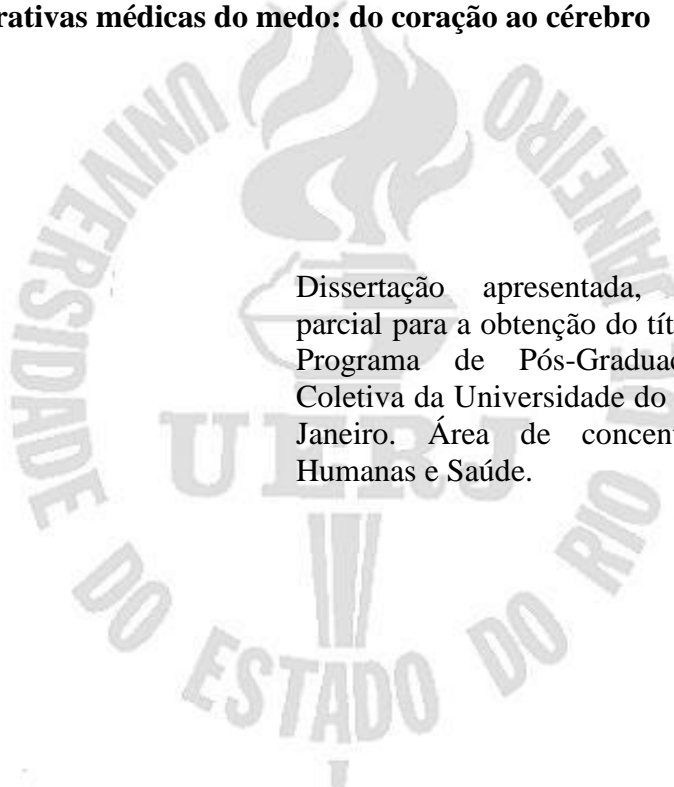
Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro

Rio de Janeiro

2012

Yuri Coutinho Vilarinho

Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Dr. Benilton Bezerra Jr

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA

V697 Vilarinho, Yuri Coutinho.

Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro / Yuri
Coutinho Vilarinho. – 2012.
198 f.

Orientador: Benilton Bezerra Junior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medo – História – Teses. 2. Transtorno de pânico. 3. Estresse
pós-traumático. I. Bezerra Junior, Benilton. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.942-93

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Yuri Coutinho Vilarinho

Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 19 de março de 2012.

Banca examinadora: _____

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr. (Orientador)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Ana Teresa Venancio
Casa de Oswaldo Cruz da FIOCRUZ

Prof. Dr. Arthur Arruda Leal Ferreira
Instituto de Psicologia da UFRJ

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega
Instituto de Medicina Social da UERJ

Rio de Janeiro

2012

AGRADECIMENTOS

Meu sincero agradecimento a Benilton Bezerra, pela oportunidade, pela orientação fértil e paciente e pela confiança.

Agradeço aos professores do IMS. À Rafaela Zorzanelli, pelas fundamentais indicações bibliográficas e contribuições precisas nos seminários de orientação e no Exame de Qualificação. Pela disposição em ajudar. À Jane Russo e a Sérgio Carrara pelas ricas ponderações pertinentes à metodologia de pesquisa. Ao professor Francisco Ortega, pelo vulcão de ideias das aulas de terça e por ter aceitado o convite de participação na banca.

Ao professor Arthur Arruda, por aceitar ser um dos avaliadores deste trabalho e pela leitura atenta da primeira versão. À professora Ana Venâncio, por ter aceitado participar da banca.

A todos os colegas do mestrado. A Stephan Malta e Alice Menezes, pela convivência, pelas conversas e pelo apoio recebido.

Aos funcionários do IMS, minha gratidão pelo fundamental e constante cuidado ao longo destes meses.

À minha mãe, pela sua sabedoria, por seu exemplo e por ter me proporcionado o aprendizado visceral da importância do ser, e não do ter.

Ao meu pai, por me ensinar, sem perceber, o gosto por buscar em velhos jornais e livros, tarefa fundamental neste trabalho.

À minha irmã, Ludmila.

À minha namorada, Beatriz Maia, pelo companheirismo na vida.

Aos que são movidos pelo amor sincero ao Conhecimento.

É preciso ouvir palavras que jamais foram ditas, que ficaram no fundo dos corações (perscrute o seu coração: elas estão lá); é preciso fazer com que os silêncios da história falem.

Jules Michelet, 1842.

RESUMO

VILARINHO, Yuri Coutinho. *Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro*. 2012. 198 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Desde a síndrome do coração irritável, passando pelas diversas síndromes do *fin de siècle* e chegando ao triunfo das teorias neurocientíficas sobre a “hipersensibilidade dos centros cerebrais de resposta ao alarme e sufocação”, a Medicina buscou teorias para explicar a experiência de pavor. Investiga-se o modo como ocorreram, ao longo da história, as transformações da atenção médica sobre o medo e os estados mórbidos que o acompanham. Ao se buscar na literatura médica vestígios de análises científicas sobre o mal-estar intenso, do meio do século XIX ao fim do XX, não se pretendeu construir uma história triunfalista, de modo que as teorias atuais pudessem ganhar *status* de superioridade em relação às do passado. Evidenciou-se, sim, a importância cultural e a força histórica de cada uma delas, salientando as possíveis continuidades e rupturas de sentido que elas assumiram.

Palavras-chave: História do Medo, Transtorno do Pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

ABSTRACT

From irritable heart syndrome, through the various syndromes of the *fin de siècle* and the coming triumph of neuroscientific theories about the “brain centers of the hypersensitivity response to the alarm and suffocation”, Medicine sought for theories to explain the experience of terror. This essay examines the way it occurred throughout history the transformation of medical concern on fear and several emotional states that come with it. By searching the medical literature on scientific analysis traces of the intense discomfort related to fear, from the mid-nineteenth century to the end of the twentieth century, we did not intend to build a triumphalist history, so that current theories could gain status of superiority in relation to the previous ones. Instead of it, the cultural and historical force of each theory was evidenced, emphasizing the possible continuities and disruptions in the meanings that they assumed.

Key-words: History of Fear; Panic Disorder; Post-traumatic Stress Disorder.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 CAPÍTULO 1 – O CORAÇÃO EM FOCO.....	18
1.1 Observações preliminares sobre as narrativas médicas na Guerra Civil Americana (1861-1865).....	19
1.2 Hipóteses médicas: masculinidade, coragem, fingimento e doença.....	30
1.3 Condições de possibilidade técnicas e teóricas para o estudo do coração irritável.	37
1.4 O peso legítimo: as mochilas como fatores etiológicos da irritabilidade cardíaca britânica.....	41
1.5 Jacob Mendez da Costa e a legitimidade da síndrome do coração irritável.....	44
1.6 Pós-1865: Uma Trama na Nosologia.....	49
1.6.1 <u>A emergência do trauma patológico do fin-de-siècle</u>	56
1.6.2 <u>Histeria masculina na França</u>	61
1.6.3 <u>Medicina pré-guerra</u>	64
CAPÍTULO 2: DUAS GRANDES GUERRAS, UMA TRANSIÇÃO EPISTÊMICA.....	68
2.1 Medicina e fisiologia: a cientificidade da cardiologia no século XX.....	69
2.2 Perturbações cardíacas na I Guerra Mundial (1914-1918): ação desordenada do coração, síndrome do esforço (ou do soldado) astenia neurocirculatória.....	76
2.3 Primeiras reações aos “shell-shocked”.....	86
2.4 Os tratamentos “ativos”.....	94
2.5 Os “shell-shocked” na mira dos fuzis.....	97
2.6 Teorias fisicalistas.....	100
2.7 Teorias psicológicas.....	101
2.8 II Guerra Mundial (1939-1945).....	106
2.9 Fim da episteme cardíaca e nosologia psiquiátrica da II Guerra.....	114
2.10 O paradoxo epistêmico do pós-guerra.....	124
CAPÍTULO 3: O FOCO NO CÉREBRO.....	131
3.1 Pós-trauma: controvérsias ao redor da categoria nosológica.....	133
3.2 A luta dos veteranos em casa: a inserção do TEPT no DSM-III.....	136
3.3 O paradigma cerebral e o pânico: as teorias de Donald Klein sobre a hipersensibilidade do centro de alarme de sufocação.....	141
3.4 Controvérsias na criação da categoria de “ <i>panic disorder</i> ”.....	144
3.5 O discurso biologicista do pânico e as implicações na formação de identidades sociais na atualidade.....	149
3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
3.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165

INTRODUÇÃO

Narrativas médicas do medo

O que está na base das diferentes manifestações de mal-estar fóbico? Ao longo da história, como a Medicina explicou o medo? Entre as muitas possibilidades de abordar a história das patologias fóbicas, foi dada preferência aos seguintes questionamentos: 1) Entendendo que as ciências como um todo, e a Medicina em particular, são práticas culturais, em que momento da sociedade humana, o medo se tornou objeto de atenção médica? 2) Como se desenvolveu essa visão e a partir de que situação histórica? 3) Por quais transformações passou essa visão?

Uma “História das Análises do Medo” pode ser abordada sob as mais diversas perspectivas, de modo que, desde logo, devemos demonstrar aquilo que *não* tratamos aqui. Em primeiro lugar, certamente o presente trabalho não é uma história do *medo*, do medo em si, embora devamos tangenciá-lo no curso dos capítulos. Em segundo lugar, como muitas categorias nosológicas relativas ao pavor foram criadas em contexto de guerra, utilizamos uma extensa lista de histórias militares, inclusive no campo da medicina militar, e textos mais gerais produzidos em contexto de guerra. Advertimos, entretanto, que não faremos uma história militar¹ ou das guerras modernas. As anedotas médicas e relatórios sobre eventos bélicos ligados ao sofrimento dos soldados só foram utilizadas porque nos forneceram ampla e indispensável casuística relativa à experiência de pavor em nível geral e, particularmente, às patologias fóbicas. Essas histórias nos serviram também como coluna vertebral e guia metodológico do trabalho.

Tendo analisado o sentido histórico-cultural ao longo do tempo, nosso foco sempre foi direcionado para o modo *como* as categorias médicas sobre o medo surgiram (fatores sócio-culturais, científicos e econômicos envolvidos). Como não nos interessa tratar do *medo* em si, não cabe diferenciá-lo de outras perturbações, tais como a angústia ou a ansiedade.

Um trabalho conceitual sobre o medo teria de levar em conta, por exemplo, as contribuições que, desde Édouard Brissaud [1852-1909] e com as primeiras teorias psicopatológicas (psicanálise e fenomenologia), diferenciam as perturbações de *medo* de *angústia*. A primeira estaria ligada a objetos específicos (lugares, animais, objetos, etc.) e ao

¹ O interesse pela guerra não pode ser cultivado durante muito tempo por ninguém. Embora tenhamos-nos dedicado à leitura, à reflexão e à elaboração dos conteúdos relacionados aos capítulos mais deploráveis da história humana, cremos que o tema possui um interesse extremamente restrito. Se ela, a guerra, possui um sentido importante, é o modo como ela mobilizou, articulou e alterou os recursos de produção de sentido disponíveis às testemunhas de tal realidade aterrorizante.

presente. Já a segunda estaria relacionada a um objeto indeterminado e ao futuro. Tal trabalho teria ainda de levar em conta a distinção importante entre *angústia* e *ansiedade*, sendo a primeira mais relacionada às sensações orgânicas e a segunda mais ligada à dimensão mental. Teria de levar em conta também o fato de que a *ansiedade* é um fenômeno cerebral traduzido por um sentimento de insegurança, segundo Brissaud (1890). A *ansiedade* seria mais “racional”, mais prospectiva, mais cinética, uma inquietação ligada ao futuro. A *angústia* seria mais corporal e mais retrospectiva. Por outro lado, o *medo* possuiria objeto, ao contrário da *angústia*. Enfim, tal trabalho teria de abordar os preciosismos psicopatológicos de cada uma delas.

Parece-nos então que este não é o espaço para abordar tão rica discussão.² Enfim, estamos voltados para o exame do *modo* como as diferentes disciplinas médicas trataram da experiência de pavor ao longo da história, de 1861 aos anos 1980. Tendo clareza sobre o nosso objetivo, impôs-se desde o início a este trabalho uma primeira verificação, relacionada aos motivos que autorizariam teoricamente a comparação entre as diversas categorias nosológicas. Há um denominador comum ou uma articulação interna entre essas formas de perturbação?

Em primeiro lugar, devemos dizer que a construção desta linha genealógica não é inédita. Já existe na atualidade uma vasta literatura sobre o assunto. Alguns trabalhos tratam de questões propriamente clínicas, enquanto outros fazem uma abordagem histórico-genealógica. Isto quer dizer que tais seriações ou aproximações de categorias nosológicas não

² Uma excelente discussão com este propósito foi publicada em 1913. Não confundir com a coletânea de artigos, de mesmo título e autor, publicada em 1923; cf., portanto, Jones (1913). Um trabalho conceitual deveria levar em conta questões inerentes não só à psicopatologia como à etimologia e à linguística. Para exemplificar, consideremos as profundas diferenças etimológicas entre as palavras “pânico”, “medo”, “ansiedade” e “angústia”. A palavra latina “panicum” deriva das gregas *panikós* (adjetivo) e *panikon* (substantivo). Em francês: “*la panique*”; Inglês: “*the panic*”; Alemão: “*die Panik*”; Espanhol: “*el pánico*”. Nos idiomas francês e inglês, existem verbos que são, respectivamente, “*paniquer*” e “*to panic*”. Já as palavras “angústia” e “ansiedade” derivam da mesma raiz grega “*agkô*” ou “*angchô*”, que significa apertar ou estrangular e que, em Latim, originou os vocábulos 1) “*ango*”, que significa apertar fisicamente (aperto/opressão) ou angústia (originou também *angor* e *angina*); e 2) “*anxio*” ou “*anxius*”, que significa atormentar ou ansiedade. Ambos os vocábulos possuem correspondentes nas línguas referidas, porém, têm significados diferentes. Assim, para *ansiedade*, em Português, encontramos “*anxiété*” em Francês, “*anxiety*” em Inglês e “*ansiedad*” em Espanhol. Para *angústia*, na língua portuguesa, encontramos “*angoisse*” em Francês, “*anguish*” em Inglês, “*angustia*” em Espanhol. Em Alemão e Inglês existe somente uma palavra para ambas as expressões, que são, respectivamente, “*angst*” e “*anxiety*”. O problema é que, em Alemão, “*angst*” é sinônimo de “*furcht*” (medo), o que complica ainda mais as relações linguísticas. Distanciando-nos de tal problemática, seguimos mais a esteira de Joanna Bourke, em “*The Cultural History of Fear*” (2005). Esta autora, preocupada em demonstrar o sentido cultural do medo, afirmou ser impossível ao historiador - diferentemente do que ocorre com o clínico - saber se uma pessoa no passado (um soldado, por exemplo) sofreu por “um objeto à sua frente” - medo - ou por possíveis “ataques futuros” - angústia. Além disto, deve ser dito que, dada a gravidade das perturbações aqui analisadas, seria inapropriado categorizá-las sob rótulo genérico de “nervosidades”. Optou-se por nomenclaturas que sugeriam um caráter intenso de sofrimento porque acreditamos que os distintos estados patológicos e entidades fenomênicas se referem, muito provavelmente, a franjas ou limites de uma mesma realidade: mal-estar, inquietação, angústia, medo, opressão, insegurança, etc. Insistimos: optamos por toda referência que, sendo propositalmente imprecisa, sugira, de uma forma ou de outra, perturbações agudas do espírito humano.

seguem o mesmo quadro teórico, diferenciando-se conforme os fóruns epistêmicos³ ou o pensamento filosófico aos quais os autores se vinculam. Em outras palavras, há autores preocupados em traçar uma linha ininterrupta entre as diferentes síndromes, salientando a continuidade biológica entre elas, e outros dispostos a averiguar o sentido cultural, os debates médicos, políticos e econômicos que rondaram a história de cada uma dessas categorias.

Alinhamo-nos com o segundo grupo, pois partimos do presente para observar o passado sem cairmos na armadilha de supor que uma marcha contínua e inequívoca da ciência nos conduziu da ignorância do conhecimento antigo ao saber científico “verdadeiro”. A observação do presente serve apenas como pretexto para demonstrar as rupturas e continuidades de sentido entre os diferentes momentos em que se deu atenção a essas formas de aflição humana.

É inegável a articulação de ideias realizada entre os próprios médicos do passado. Existiu, de fato, um permanente diálogo entre os estudiosos destas perturbações. Por exemplo, Jean Martin Charcot, ao escrever sobre “histeria masculina” e “neurose traumática”, cita John Eric Erichsen. Freud conhecia os trabalhos de Jacob Mendez Da Costa e de George Beard. A maior parte dos autores aqui analisados, sobretudo do começo do século XX, conhece as obras de seus contemporâneos.

Esta costura histórica também se justifica pela circunstância de que encontramos elementos relacionados ao pavor tanto da perspectiva médica (descrições clínicas) quanto das narrativas dos próprios pacientes. Em relação às teorias médicas sobre o medo ora analisadas, devemos salientar o fato de que a comparação entre elas não nos permite sustentar a superioridade de uma sobre outra. Não nos caberia dizer, portanto, de que modo uma ou outra está mais correta do ponto de vista científico, já que, se partimos de um olhar interdisciplinar, estamos mais interessados em examinar de que forma os diversos vetores envolvidos no objeto se inter-relacionam, sejam eles de ordem biológica, científica, social, política, cultural ou econômica.

Com este espírito, ao delinear as rupturas do entendimento médico sobre o pavor humano, estamos em conformidade com Bachelard e Canguilhem, segundo os quais a noção de ruptura demarca uma oposição em relação às análises positivistas continuístas. Há a crítica de um suposto objeto natural, idêntico a si mesmo. Como nos lembra Machado (1982), com essa abordagem o objeto científico seria mais construído do que revelado; importa-se mais

³ No presente trabalho, a expressão “fórum epistêmico” segue o mesmo sentido dado por Hacking (1999, capítulos 1 a 4), segundo o qual um sistema de pensamento científico sempre produz resultados auto-confirmantes e auto-validantes (segundo os seus próprios métodos de eficácia, de prova, etc), sendo capaz de explicar os seus dados não-esperados.

com a dimensão da construção do que com a da descoberta. Duas noções importantes ainda nos guiam ao longo do trabalho: em primeiro lugar a de Canguilhem (1972, p. 15), de que a “natureza por si mesma não é decupada e repartida em objetos e fenômenos científicos”, e o método de Fleck (1979, p. 22, tradução nossa), de que não nos cabe “investigar como uma conexão foi descoberta, mas somente legitimada cientificamente, provada objetivamente e logicamente construída”.⁴

Na verdade, como veremos, este trabalho trata tanto de rupturas quanto de continuidades. A principal continuidade histórica a ser apontada é a que sugerimos no título, isto é, a continuidade dos papéis que o “coração” e o “cérebro” assumem como legitimadores do sofrimento daqueles acometidos de medo.⁵ Cada um dos órgãos, nos diferentes tempos, assumiu um papel relevante no discurso médico e na maneira como os pacientes vivenciaram a experiência de estar *doente por* medo. Na guerra civil norte-americana, era o som cardíaco advindo do estetoscópio que conferia objetividade científica aos exames médicos. Hoje, temos as imagens coloridas oriundas das ressonâncias cerebrais.⁶ Nos dois contextos, como iremos observar, foi a pressuposição de um dado somático que tanto justificou os tratamentos recebidos e os benefícios de “ser doente”, quanto legitimou, dentro de cada circunstância, o sofrimento dos que padeciam das “palpitações”.

O contexto novecentista será apresentado no primeiro capítulo, onde investigamos os fatores que contribuíram para os médicos atentarem aos *corações* dos combatentes (deixando de lado o cérebro). Foi no contexto da guerra civil norte-americana [1861-1865] que a síndrome do coração irritável ganhou destaque, embora já houvesse sido descrita por militares britânicos na Guerra da Criméia [1853-1856]. Cabe investigar porque os cardiologistas, e não os psiquiatras e neurologistas, foram os primeiros a descrevê-la. Nos anos 1850, a cardiologia⁷ ainda era um campo de estudos e de práticas bastante difuso, embora já fosse

⁴ Em relação à noção de construção, adotamos aqui a metáfora de “nicho ecológico” utilizada por Hacking (1998). Tal metáfora serve, no presente trabalho, como recurso metodológico, a partir do qual pretende-se apontar, modestamente (e não exaustivamente), *alguns* vetores que possibilitaram a emergência das síndromes, tais como o médico e o cultural.

⁵ Entretanto, não se trata de dizer que no século dezenove um “foro epistêmico cardíaco” único guiou as interpretações médicas. Nem mesmo, na atualidade, há um paradigma cerebral absoluto. Hoje, nem todos seguem o “cerebralismo”, como também antes nem todos seguiram o “cardiologismo” epistêmico. Na verdade, tanto no fim do século dezenove encontra-se já uma tendência a “cerebralizar” os sintomas de palpitação, quanto na atualidade também existe, ainda, uma propensão a interpretar os sintomas de palpitação sem lesão orgânica como disfunções do coração (e não do cérebro).

⁶ Para evidenciar o grau das disparidades de sentido entre as narrativas médicas escolheu-se distender a análise no tempo e espaço, ou seja, do fim do século dezenove ao fim do vinte. Não seria possível realizar nosso propósito caso escolhêssemos tratar de um período curto.

⁷ A rigor, estaríamos equivocados se disséssemos que nos anos 1860 havia uma disciplina científica chamada cardiologia. Esta só passaria a existir como a entendemos hoje a partir das primeiras décadas do século XX. A este respeito, encontramos,

possível vislumbrar as fronteiras de uma nova especialidade médica emergente. O historiador Joel Stanley Reiser (1978) mostra que diversos eventos (como a consolidação da prática de análises pós-morte e o desenvolvimento do estetoscópio) revolucionaram o dia-a-dia dos médicos, principalmente dos que tratavam das “afecções do peito”. Em 1871, por exemplo, Edward Clarke escreveu que o estetoscópio revolucionou a prática médica, principalmente o estudo e a terapêutica das afecções do peito, entre elas, o coração irritável. Alfred Stillé, outro eminente médico norte-americano, observou que a medicina, tal qual praticada no Estado da Filadélfia, havia ficado defasada por não acompanhar as últimas inovações da física da auscultação. Fica claro que o olhar médico estava voltado para a “caixa de ressonância sede das emoções” dos combatentes.

Isto pode ser observado nos textos originais da época, principalmente, na ampla literatura que foi produzida pela guerra. Abundam também os julgamentos de cunho ético-moral dos soldados retirados do *front* e que pediam dispensa aos oficiais médicos. Quanto a isto, devo destacar a obra do médico-cirurgião norte-americano Roberts Bartholow. A pena de Bartholow reflete os valores dominantes na cultura americana novecentista, a saber, masculinidade, coragem, patriotismo, fé, religião. Para a análise destas palavras, baseio-me no “Dicionário Americano de Língua Inglesa”, versões de 1865 e 1886, de autoria de Noah Webster, como em comentadores contemporâneos.

Palavras como “ansiedade” estão ausentes; nervosidade aparece somente uma vez na descrição de Hartshorne. O mais importante era a fadiga e a depleção da energia nervosa, energia considerada indispensável ao bom funcionamento dos órgãos, e no nosso caso específico, do coração. Os agentes etiológicos oscilaram, portanto, entre o “peso das mochilas” dos soldados e o cansaço provocado pelas duras marchas, sem mencionar as naturais adversidades enfrentadas no *front*. Não havia medo: só “má postura”, “alimentação inadequada” e “falta de sono”.

por exemplo, um cardiologista do século XX afirmando: “Eu lembro bem do tempo em que a medicina era indivisível (...) a palavra cardiologia não estava em uso ou era utilizada de forma não amigável” (PARKINSON, 1955, p. 1013, tradução nossa). À título de comparação, a equiparação entre a “cardiologia” do século dezenove e a atual é tão equivocada quanto – obviamente respeitando as devidas peculiaridades envolvidas em cada campo – a equivalência entre a química moderna e a alquimia dos séculos XV ao XVIII, por exemplo. Por outro lado, pode-se dizer, utilizando o mesmo argumento de Vidal (2005, p. 48) referente à psicologia do século XVIII, que, embora a cardiologia não constituísse uma profissão institucionalizada, ela era, sim, uma disciplina, caso definamos este termo como uma “estrutura social e intelectual caracterizada pela existência de indivíduos que reconhecem a si próprios como seus praticantes; por um conjunto de saberes, problemas, regras, métodos, divergência e debates considerados relevantes; por uma terminologia comum; por publicações, incluindo jornais, além de pessoas identificadas como pertencentes ao domínio em questão ou dotadas de uma autoridade intelectual especial por sua presença nos currículos acadêmicos e nos materiais de ensino (em manuais ou capítulos de livros didáticos, por exemplo).” Para um maior aprofundamento na história da cardiologia do início do século XX, cf. o subcapítulo 2.1 deste trabalho.

O médico que mais contribuiu para a síndrome das palpitações foi Jacob Mendez Da Costa, que teve a sua formação nos principais centros de ensino de patologia da Europa e considerado um dos maiores patologistas norte-americanos da época (WOOLEY, 2002). Da Costa referiu-se ao que chamou de síndrome do coração irritável pela primeira vez em 1864, mas sua obra mais importante sobre o assunto, sem nenhuma dúvida, é “*On the irritable heart*”, de 1871. Da Costa também não se preocupa com os motivos emocionais que poderiam provocar os ataques súbitos de palpitação e as sensações mórbidas corporais de todo tipo: tonteiras, tremores, respiração ofegante. O que chamou a atenção desse médico foi a irritabilidade do músculo cardíaco derivada do esforço contínuo dos soldados.

Nas descrições da cardiologia e da então nascente neurologia, desfilavam uma carreira de categorias nosológicas. Para William Osler, havia um tipo de síndrome que era uma mescla de neurastenia e coração irritável. Em fins do século XIX, existia uma miríade de doenças para explicar sintomas muito semelhantes. Aos poucos, misturam-se ao coração irritável as ideias de trauma e de neurastenia. Neste período, do outro lado do oceano, surgem duas categorias importantes relacionadas às reações de medo: histeria traumática e o que ficou conhecido como neurose traumática.

A neurose traumática faz parte de outro quadro nosológico presente no século XIX, cujo fundador é o inglês John Eric Ericksen [1818-1896]. Em 1866, Ericksen publica “*On Railway and Other Injuries of the Nervous System*”. Para ele, a sintomatologia dos acometidos por “*railway spine*” era produzida por uma comoção da coluna espinhal, ainda que não pudesse ser encontrada lesão orgânica. Seus trabalhos inauguram toda a série de trabalhos que, posteriormente, terão como base a ideia de uma sintomatologia produzida após um trauma. Veremos também que, desde o fim do século XIX até o pós-guerra, um dilema está no centro de inúmeros debates médicos: existe “trauma” anterior à doença? Nesses debates envolvem-se aspectos políticos e econômicos, que marcam também o tom das discussões do outro lado do Canal da Mancha.

O segundo capítulo do trabalho será dedicado à guerra iniciada em 1914. Neste período, somam-se às “antigas” outras síndromes, como a neurastenia traumática, o “*shell-shock*”, a síndrome do esforço, a síndrome do soldado, além das “neuroses de guerra”. Agora, existe um campo psiquiátrico mais evidente, mas nem por isso o debate deixa de ser disputado. Junto aos psiquiatras e aos cardiologistas (que marcam presença no debate), também querem opinar otorrinolaringologistas e oftalmologistas. Além dos hospitais preparados para receber os cardíacos, foram organizados centros especializados para os “nervosos”.

Serão abordados também os hospitais de coração, onde os rótulos dados aos soldados são derivados do coração irritável. Porém, não se pensa mais que o coração seja problema real dos soldados e não é a toa que as próprias categorias mudam de nome. Não se fala mais em coração, como na síndrome do coração irritável ou na ação desordenada do coração. A preocupação dos médicos era de que os soldados fossem influenciados e ficassem com medo de desenvolver problemas cardíacos. Nessa época, vale dizer, fala-se muito em medo. Enquanto o tratamento dado desde os anos 1860 até o fim do século XIX ainda estava baseado no “*rest and cure*”, desenvolvido por Silas Weir Mitchell [1829-1914], agora era altamente recomendável que os soldados voltassem gradualmente a fazer exercícios físicos para fortalecer o coração. O que há de comum nos dois períodos, além da sintomatologia, é a falta de consenso sobre o que os soldados realmente tinham. Nos hospitais mentais, os rótulos se referem ao choque/trauma ou aos conflitos inconscientes responsáveis pelo desenvolvimento de somatizações e doenças. Como pano de fundo, aparecem questões semelhantes às da guerra civil americana: coragem, masculinidade, os “*malingers*”, a discussão sobre as pensões etc.

Todos estes temas – masculinidade, coragem, debates públicos sobre as diversas categorias nosológicas do medo, discursos ético-morais, dilemas em relação à causalidade destas doenças – marcarão as décadas seguintes. O fim do segundo capítulo será dedicado à investigação do modo como tais temas ocorreram a partir da II Guerra Mundial. Neste período, a psicanálise assume o seu posto de notoriedade e não há mais dúvida acerca da vida inconsciente na produção sintomatológica dos soldados acometidos pelo medo. Isto é evidenciado pela publicação de três artigos escritos no *British Medical Journal*, em 1941, acerca da causalidade psíquica na produção sintomática das palpitações. O autor destes artigos foi o cardiologista Paul Wood, que incluiu seus pacientes na categoria “psiconeuróticos”.

O que é característico nos trinta anos que se localizam entre as décadas de 1940 e 1970 é justamente a ênfase do mental sobre o corporal. Progressivamente, no entanto, há uma subida do coração para o cérebro – passando, obviamente, pelo mental. O novo período, que será caracterizado pelo reducionismo cerebral, culminará nos trabalhos do psiquiatra norte-americano Donald Klein. Os seus primeiros trabalhos, no fim da década de 1970, enfatizam a importância dos centros de alarme e sufocação cerebrais como base dos ataques do que ele chamou de pânico. Para ele, estes centros quando, por um motivo ou outro (isto quer dizer “genético”) são *hiper-sensíveis*, mesmo a uma quantidade pequena de gás carbônico ou de lactato de sódio podem disparar os ataques de pânico. Sendo assim, pode-se, finalmente, entender porque é que pacientes “predispostos” a ter pânico, sob qualquer esforço passam a

sofrer de palpitações, tonteiras, medo de morrer, enfim, todas aquelas sensações típicas do que ele passou a chamar de “síndrome do pânico”.

É no início da década de 1980 que os combatentes na Guerra do Vietnã reivindicam a categoria do “estresse pós-traumático”. A causa dos seus sofrimentos, da sua sintomatologia riquíssima, que vai dos tremores não somente do coração, mas de todas as suas partes corporais (cabeça, mãos, pernas, pés) está numa “ferida psíquica”. Não há mais “concussão da espinha”, como nas descrições do médico britânico Frederick Mott, em 1915. É curioso notar que várias das questões presentes desde a síndrome do coração irritável e no “*shell-shock*” ainda continuam marcando presença nos debates atuais acerca dos novos transtornos psiquiátricos. Daremos um destaque no trabalho ao “transtorno do pânico”, categoria inserida no DSM-III, em 1980. Esta categoria é interessante, já que aos pacientes dele acometidos não se pode atribuir qualquer causalidade *externa*. Assim sendo, quando uma pessoa apresenta palpitações e medo de morrer sem lembrar nada deverá ser categorizada com “pânico”. Mas no caso de lembrar algo durante os ataques ou associar suas sensações mórbidas a algum evento passado, é sinal de que ela não sofre de “transtorno de pânico”, mas de “transtorno de estresse pós-traumático”. Enfim, o que está em jogo, novamente, é a disputa para saber quem tem a verdade sobre a causalidade da doença: seria fruto de um “trauma” ou viria “do nada”?

1 O CORAÇÃO EM FOCO

C'est quelque chose d'effroyable, une sensation atroce, comme une décomposition de l'âme, Un spasme affreux de la pensée et du coeur, dont le souvenir seul donne des frissons d'angoisse. Mais cela n'a lieu, quand n'est brave, ni devant une attaque, ni devant la mort inévitable, ni devant toutes les formes connues du péril! Cela a lieu sous certaines influences mystérieuses, en face de risqué vagues.

Guy de Maupassant, "La Peur".

1.1 Observações preliminares sobre as narrativas médicas na Guerra Civil Americana (1861-1865)

Encontramos alguns casos que podem ser considerados ótimos exemplos de histeria masculina. O caso, por exemplo, de um gentleman que havia se dedicado com demasiada intensidade aos seus estudos (...) Depois de conduzir uma vida de grande retiro em Oxford e em oposição ao seu temperamento de estrita castidade, sua mente tornou-se irritável e ele não pôde mais ter sonos revigoradores. Por diversas vezes, ele foi preso por um súbito e violento soluço, (...) [e por] medo de morte imediata por sufocação. Durante tais ataques, seu rosto avermelhava-se, as carótidas pulsavam intensamente e o coração ficava muito perturbado. Ficamos familiarizados também, há alguns anos atrás, com dois senhores que eram notavelmente excessivos com as bebidas e que, às vezes, a ambos tal excesso induzia a soluços e choro, acompanhados de palpitação, pulso fraco, perda de poder muscular, forte dispnéia, constrição dolorosa do peito e medo de morte iminente.

John Connoly

A história médica está repleta de quadros clínicos como o descrito acima por John Connoly.⁸ Pouco antes, em 1829, Peter Mere Latham [1789-1875] investigara o problema. Sua preocupação era saber se tais perturbações nervosas ou paixões do espírito poderiam redundar em males do coração (LATHAM, 1829). Ora, o que estava em questão neste período não era ainda a concepção de psicogênese das doenças, ideia que só surgiria décadas depois. Naquela altura, ressaltava-se o aspecto ético-moral do *esforço*. Assim, o mal cardíaco era visto como uma consequência da transgressão do código moral vitoriano. Tanto para Latham, quanto para Connoly, a investigação médica deveria responder à seguinte pergunta: poderiam as paixões, o comportamento em excesso e as ações imorais produzirem males do peito?

Três décadas depois, surgiu uma síndrome que, aparentemente, era composta pelos mesmos sintomas, mas cujo sentido foi bastante distinto dos males do tempo de Latham. O mal cardíaco passou a ser chamado de síndrome do coração irritável, sendo ligado a outras questões, tais como descritas no seguinte caso anedótico.

⁸ Connoly (1833).

Após alistar-se como voluntário no Exército da União, em 27 de agosto de 1862, William C., um jovem de 21 anos de idade, sofreu de diarreia durante três meses. Durante a marcha ao longo da linha férrea que liga as cidades de Harper e Fredericksburg, ele começou a apresentar sintomas de palpitação e dores no peito, além de uma sensação ofegante durante as noites. William C. permaneceu em serviço até 24 de dezembro daquele ano, quando perdeu a voz em consequência de um frio rigoroso. Como as crises de palpitação persistiram, ele foi retirado do *front*. Em junho de 1863, após vagar de um hospital a outro desde a dispensa, William C. chegou finalmente ao Hospital da Filadélfia. Ali, o famoso médico Jacob Mendez Da Costa [1833-1900] tratou-o (1871, p. 20) com uma série de drogas que, no entanto, surtiram pouco resultado.⁹ A esta altura, Da Costa já havia atendido duzentos e sessenta homens e já havia conseguido formar um quadro homogêneo a respeito do mal cardíaco que assolava as tropas envolvidas na guerra civil.

Um ano após o início das crises de palpitação e falta de ar, em 16 de novembro de 1863, William C. apresentava o seguinte quadro clínico. O seu pulso marcava 98 batimentos por minuto e persistiam as palpitações. O mal-estar tirava-lhe o descanso principalmente à noite. Em maio de 1864, ele ainda exibia alguma “dor cardíaca e ocasionalmente tinha palpitações. Estas, entretanto, raramente ocorriam, exceto sob esforço”.¹⁰

Neste momento, nos dois lados do Atlântico, ocorriam intensas transformações sociais, políticas, culturais e científicas. A implantação das fábricas modernas e a brusca transformação nos métodos de exploração da força de trabalho produziram não somente novos tipos de organização social, mas modalidades de sofrimento inéditas. Em âmbito urbano, os operários organizavam-se em partidos, distintamente das lutas do século dezoito¹¹, tornando-se, na fábrica, a contraparte viva de um aparato morto independente deles. Neste quadro, as longas horas de trabalho exauriam os nervos ao extremo e suprimiam o arranjo natural dos músculos, confiscando-lhes a atividade livre, assim como qualquer possibilidade

⁹ No Hospital *Turner J. Lane*, na Filadélfia, Da Costa utilizou tintura de *gelsemium everatum viride* (cinco gotas desta tintura três vezes ao dia). Posteriormente, elevou a dose para seis gotas diárias, o que surtiu um melhor efeito. Cf. Da Costa (1871, p. 20).

¹⁰ *Ibid.* p. 20, tradução nossa.

¹¹ O mundo do século dezenove está intensamente interligado. Com os novos meios de transporte, como a ferrovia e a navegação, é possível cruzar o Oceano Atlântico em semanas, ao invés de meses, como no século anterior. Além do transporte, é possível transmitir informações ao redor do mundo em questão de horas através do telégrafo elétrico. O continente europeu e os Estados Unidos ficam mais estreitamente ligados devido aos laços de bens, de capital, de comunicação, de ideias, de tecnologias, etc. Para conferir o panorama histórico das transformações ocorridas neste século, cf. Hobsbawm (1991, 1992) e Nechkina, Skazkin e Guber (1977).

de prazer. A máquina que surgia para libertar o trabalhador do esforço árduo transformou-o, gradualmente, em peça automática despojada de interesse.

O cansaço não era assunto de interesse exclusivo dos trabalhadores e de soldados. A fadiga estava por todo o lado. Foi assim que, junto à crescente consciência da necessidade de conquista de direitos e garantias trabalhistas, no último terço do século dezenove, o esgotamento do corpo e do espírito tornou-se objeto de preocupação em campos diversos. Rabinbach (1990) escreve que os discursos sobre as perturbações derivadas do esforço ganharam espaço em obras literárias, jornalísticas, acadêmicas e médicas. Nas análises médicas sobre os trabalhadores, em especial, os sintomas eram descritos como “fraqueza” ou “esgotamento nervoso”. Não havia menção às condições laborais, confundindo-se, frequentemente, as causas com os sintomas apresentados pelos operários. Isto fica evidente na palestra de Clifford Allbutt [1836-1925], médico que atendeu a muitos operários de Lancashire, distrito britânico berço da revolução industrial. Na *Clinical Society of London*, em 28 de fevereiro de 1873, Allbutt se dedicou a pontuar as questões fundamentais de seu livro “*Overwork and strain of the great vessels*” (1871).

O que chamou a atenção de Allbutt foi a irritabilidade do coração que, segundo ele, é uma consequência do trabalho feito *sem amor*. Ora, segundo este médico, “a despeito da fadiga, da saúde diminuída, e da alimentação imperfeita”, acima de qualquer coisa o mais importante é que “o trabalho feito *con amore* é menos exaustivo do que os trabalhos mais sombrios” (HEWETT, 1873, p. 29, grifos do autor e tradução nossa). Desconsideravam-se as desumanas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores. Análises como a de Allbutt, em que não se dava importância aos fatores extremamente aversivos da condição das fábricas, tiveram sua versão também em textos produzidos a partir de casos militares. Na literatura médico-militar inglesa, produzida a partir da casuística de soldados britânicos que lutaram na Guerra da Criméia, abordada à frente, descreve-se, por exemplo, a “ação desordenada do coração” dos soldados, sem abordar o ambiente de guerra no qual o combatente havia estado.

Em território americano, este *estilo* médico era semelhante, mesmo em meio à onda macabra que atravessou os EUA no período 1861-1865. A guerra civil foi marcada por níveis de atrocidade antes jamais verificados. Em solo americano, mais de um milhão de homens morreram nesse curto período. Entretanto, mesmo sendo a realidade brutal e apavoradora, ela não foi motivo para que os médicos mudassem o tom de suas análises, como veremos.

A guerra civil americana foi a primeira a receber os avanços da era industrial, pois as locomotivas estavam a pleno vapor e os rifles modernos constituíam a última novidade. Paradoxalmente, o transporte das tropas não era feito por trem ou cavalo. E pior, os soldados

marchavam descalços. As distâncias eram assustadoras: de dez a vinte milhas percorridas diariamente. Em casos de urgência, quando se impunha a chegada rápida à frente de combate, os soldados eram obrigados a percorrer distâncias ainda maiores em marcha forçada. Por exemplo, a 11ª divisão de infantaria da Indiana marchou um total de 9.318 milhas, enquanto o 44º Regimento percorreu 725 milhas.¹²

Agravando o desconforto dos soldados, havia os pesos de mochilas entupidas de uniformes, mantas, ração para vários dias, armas, munições. Ao lembrar-se da dureza das marchas, um soldado teve de parar e vomitar várias vezes; sua cabeça doía. Ele vomitou de oito a dez vezes até vomitar sangue. Um soldado confederado, do Alabama, escreve à sua mãe. “Eu não estou muito bem dessa vez. (...) Estou tão perto da morte que não posso mais escrever com qualquer nível de inteligência”. Outro, à sua mulher: “Estou bem (...), exceto pelo frio e pela marcha em direção à morte (...) minha querida esposa [,] eu quero que você ore por mim (...) eu irei vê-la novamente (...)”.¹³

A guerra civil constitui-se numa espécie de “guerra biológica”. Não no sentido contemporâneo, nos moldes do que ocorreu no Conflito do Golfo, por exemplo, mas no sentido de Steiner (1968), segundo o qual, na guerra de secessão, milhares de homens morreram de doenças infecto-contagiosas. Embora não existam estatísticas precisas sobre a totalidade de pais e filhos mortos por tais males, estima-se que 164.000 confederados e 250.000 federais morreram dessas doenças, aí incluídas cólera, febre tifóide, malária, varíola, sarampo, caxumba, tuberculose, além de uma variedade grande das denominadas “febres de trincheira”.

O quadro das doenças infecto-contagiosas, representado pelo arsenal de vírus e bactérias, produz uma série de perturbações que passam a assolar as tropas, desafiando o conhecimento médico da época. Além dessas, outras síndromes estranhas chegam à cena. Em fevereiro de 1863, o cirurgião James Theodore Calhoun observou o crescente número de baixas provocadas por uma doença sobre a qual não havia nenhuma explicação plausível. Os métodos tradicionais não conseguiam identificar a natureza do mal dos voluntários do 120º Regimento de Nova Iorque. Todos recebiam o mesmo tratamento, mas enquanto uns melhoravam, a maior parte sucumbia. Do que, então, sofriam esses homens? Calhoun especula. A “causa não pode estar no *camping* ou nos seus arredores” (...) Diz ele: “[os

¹² Cf. Terrell (1865). Vale dizer que uma unidade de medida em milha (mi) é equivalente a 1,609344 quilômetros (km). Em números aproximados, 9.318 milhas são equivalentes a 14.000 km; 725 milhas a 1.160 km.

¹³ Casos citados em Dean (1997), p. 47.

soldados] beberam a mesma água, comeram a mesma comida, assim como os outros regimentos; estavam muito mais protegidos, tinham um excelente comandante e o melhor dos oficiais médicos” (CALHOUN, 1864, p. 130, tradução nossa). Estes homens padeciam de uma doença a que ele chamou “nostalgia”; um termo técnico para o que era conhecido no vocabulário popular como “*homesickness*”. Em sua opinião, estes combatentes eram vítimas de suas reminiscências, de uma memória mórbida que mantinha vívidas as cenas familiares e do lar deixados para trás.

Outro militar muito preocupado com esta questão foi o General William Hammond [1828-1900], grande nome da cirurgia nos tempos da guerra civil. Para Hammond, a nostalgia era uma “monomania emocional”, em cujo estado “nada desvia os pensamentos de casa e de suas lembranças” (HAMMOND, 1863, p. 127, tradução nossa). Já o cirurgião do exército W. T. Taylor observou muitos casos nos quais o paciente “embeleza as memórias anexadas aos lugares onde ele cresceu, criando um mundo ideal, onde a sua imaginação deleita-se com uma persistência obstinada”. (TAYLOR, 1879, p. 121, tradução nossa). O cirurgião-assistente De Witt C. Peters desenha um quadro semelhante: a melancolia é um “tipo médio de insanidade causado pelo desapontamento e pela contínua distância de casa” (PETERS, 1863, p. 75, tradução nossa).¹⁴

Segundo Roberts Bartholow, especialista em doenças simuladas, esses estados mentais “obscuros” deveriam ser observados atentamente pelo médico. Segundo ele, já havia um conhecimento acurado sobre “mania aguda”, “monomania” e “melancolia”. Já se sabia que a idiotia, o cretinismo, a imbecilidade e a demência desqualificam um homem para o serviço militar (BARTHLOW, 1864, p. 16). Mas havia uma série de outras condições nas quais não era possível confiar. Não se sabia até que ponto os soldados estavam fingindo ou não. As doenças “simuladas” mais comuns nesse tempo eram, segundo a valiosa pesquisa de Dean (1997, p. 115), “insanidade”, “nostalgia”, “*sunstroke*” e síndrome do coração irritável. Todas elas tinham em comum o fato de que sua descrição não dispunha de uma base orgânica clara. Além dessa nosografia, também segundo o mesmo autor, eram muito comuns expressões mais corriqueiras na referência aos diferentes estados de perturbação do espírito, a saber: “*the blues*”, “*lonesome*”, “*played out*”, “*used up*”, “*demoralized*”, “*nervous*”, “*dispirited*”, “*sad*”. Outros termos também faziam menção direta ao coração: “*disheartened*” e “*downhearted*”.

¹⁴ Segundo Herschbach (1997), durante a guerra civil, os comentários sobre a nostalgia não se limitavam aos textos médico-militares. O “perigo das lembranças” ressoava junto ao gradual desaparecimento dos padrões domésticos e regionais; particularmente, numa cultura que estava engajada numa batalha sangrenta para reformar um sistema social obsoleto de acordo com o seu próprio modelo de progresso industrial urbano.

Um artigo recente tratou da problemática nosografia desse tempo. Publicado em março de 1996 na *History Today*, o título do artigo, “*Combat trauma in the American Civil War*”, veio acompanhado da seguinte pergunta: “‘*Shell-shocked*’ - por que esta expressão também foi uma realidade nos campos mortais da Virgínia há cento e cinquenta anos atrás?” (TALBOTT, 1996, p. 41, tradução nossa). Com a mesma dúvida, Dean (1997, 1991), Hendin e Haas (1984), Engel (2004), Noyes e Hoehn-Saric (1998) e Saigh e Bremner (1991) perguntam: os combatentes da guerra civil categorizados com a síndrome do coração irritável receberam outro nome para a “síndrome do estresse pós-traumático”? Assim também, Barlow (2002) e Katsching (1999) se intrigam. Para estes, no entanto, a irritabilidade cardíaca seria um equivalente ao transtorno do pânico – e não do “estresse pós-traumático”.

As possíveis respostas às questões levantadas por estes autores não são de fácil acesso. Quando acessamos a literatura primária do coração irritável, o que vemos, deve-se salientar, não são vestígios de traumas, nem de pavor (como no caso da síndrome do pânico) dos combatentes. Ao menos no vocabulário dos médicos da época, tais palavras “medo” e “trauma” não estavam, absolutamente, presentes. “Fatores psicológicos” não entram no rol das causas das doenças cardíacas (já que se trata de uma síndrome do coração irritável). Ela não era uma doença psicológica ou psiquiátrica. Ela foi, isto sim, uma doença do coração. Não era um mal do espírito e nem, muito menos, provocada pelas condições sociais aversivas. Era um mal da maquinaria muscular cardíaca. Assim, aqueles que padeciam de seus sintomas (palpitação súbita, crises de falta de ar, tonteiras e cansaço intermitentes) não “lembravam”, não foram “traumatizados” e nem sofriam por “saudades” (como os de nostalgia).¹⁵ Eles tinham medo de desenvolver um problema orgânico cardíaco. O distúrbio era irregularidade, excitabilidade, irritação e fraqueza do coração.

O que motivou, então, os autores atuais citados acima a correlacionar as síndromes do estresse pós-traumático, do pânico e do coração irritável? Os autores contemporâneos citados abordam o “coração irritável” segundo o viés neuroquímico, e, a despeito das especificidades salientadas por cada um deles, todos concordam com a ideia de que foi o avanço da ciência o fator de possibilidade ao melhor entendimento da natureza do fenômeno. A Medicina teria caminhado, então, inequivocamente, da ignorância à verdade sobre tais condições humanas.

¹⁵ Encontram-se neste período, alguns vestígios da questão apontada por Hacking (1995b) sobre as ciências da mente e da memória, principalmente da passagem do século dezenove em diante. Segundo ele, a memória, que foi, e continua sendo, o pilar central de muitas teorias científicas e médicas para as quais o tratamento reside na recuperação ou na reconfiguração de *memórias* de sofrimento.

Certamente, a ciência, em geral, e as ciências que tratam das questões mentais, em particular, avançaram. No presente problema, entretanto, como acreditamos já ter deixado claro na introdução, não nos caberia dizer em quais aspectos a ciência avançou. O problema em questão tem mais relação com o que Hacking (1999) levanta. Ele propõe a seguinte questão: tomando-se um dado objeto “x”, - no nosso caso, o “coração irritável” – faria sentido dizer se “x” é construído ou real? A solução, segundo ele, não estaria em apontar nem para uma, nem para outra opção, *exclusivamente*. Ora, o coração irritável foi simultaneamente construído e real. Ele tanto foi uma construção - sua “descoberta-construção” só ocorreu por contingências sócio-históricas específicas -, quanto um fenômeno muito real para os que sofreram como para os que trataram. Assim, Hacking diz que o debate (“construção *versus* real”) não é adequado.

A questão que se deve observar com o objeto tem de derivar, portanto, do uso pragmático que o “analisador” irá ter em relação ao fenômeno; ou seja, dependerá da dimensão sobre a qual se está referindo do objeto (histórica, experiencial, em primeira pessoa, em terceira pessoa, biológica, literária etc.). Em outro livro, encontramos Hacking (1998) afirmando que os debates sobre a “realidade” ou sobre a “construção sócio-histórica” das “doenças mentais transitórias”¹⁶, como ele as denomina - dentre as quais podemos inserir as síndromes aqui examinadas - chegam a ser mesmo banais.¹⁷ Tais ideias estão de acordo com o argumento de Howell (1985), autor voltado especificamente à historiografia da cardiologia, segundo o qual não é somente difícil, mas mesmo *impossível* saber “o que foi” o coração irritável. No problema ao qual nos dedicamos, então, importa menos saber da realidade intrínseca da dita síndrome (se é que ela existe), do que da força que o seu sentido cultural e histórico assumiu no contexto americano e europeu da segunda metade do século dezanove.

¹⁶ “Por ‘doença mental transitória’, eu me refiro a uma doença que surge num tempo, num lugar, e depois some. Ela pode se espalhar de lugar em lugar e reaparecer de tempos em tempos” (Ibid. p. 1, tradução nossa).

¹⁷ A questão “o que é doença?” foi, e continua sendo, o centro de vigorosos debates não só dentro das teorias médicas e biológicas, mas também de discussões filosóficas e sociais. O debate filosófico é costurado por posições nem sempre apaziguadoras. Em um pólo, os que defendem que o que é doença deve ser apreendido cientificamente (fato científico) através do desvelamento de sua natureza. Noutro, aqueles que acreditam que esta *entidade* não é passível de ser achada *fora* da experiência daquele que padece, esta que é atravessada por fatores contingentes, e não a-históricos. Empiristas que se contrapõem aos racionalistas, num campo de disputa. Noutro, materialistas contra idealistas. Cf. a complexidade deste debate em Hofmann (2001), que aponta, a título ilustrativo, diversas combinações de confrontos: “Conceitos Ideais de Doenças Vs. Conceitos Práticos de Doença”; “Naturalistas Vs. Normativos”; “Não-normativos Vs. Normativos”; “Científicos, livres de valor Vs. Avaliativos”; “Biológica Vs. Social”; “Objetivistas Vs. Normativos”; “Ontológicos Vs. Holísticos”; “Estruturalistas Vs. Funcionalistas”; “Essencialistas/Estáticos Vs. Dinâmicos”; “Realismo Taxonômico Vs. Ceticismo”; “Taxonômico Denotativo Vs. Atributivo”; “Físico Vs. Psicossomático Vs. Psicológico”; “Fisiológico Vs. Psicológico Vs. Social”; “Disease” (Biológico) Vs. “*Illness*” (Fenomenológico) Vs. “*Sickness*” (Comportamental)”.

Ainda que não possamos conhecer a natureza das patologias citadas, não acreditamos que o coração irritável foi “outro nome” para o estresse pós-traumático. Isto por dois motivos. O primeiro se refere ao fato de que não existia o referente “trauma” na guerra civil. O uso da palavra começou a ser utilizado, com mais frequência, dos anos 1870 em diante, devido à publicação do livro de John Eric Erichsen em 1866.¹⁸ Apesar do sofrimento que, de fato, existiu, na mente do soldado padecido de palpitações, como também na do médico que o tratava, não havia referencia alguma para o que hoje conhecemos como “trauma”.

O outro aspecto a ser apontado segue-se a partir do próprio entendimento de trauma. O trauma, tal como formulado primeiramente por Erichsen, como definido também pela neurobiologia atual, ocorre após um choque, seja de origem psicológica ou física, causado ao sujeito de forma inesperada. O que está em questão no trauma é, necessariamente, uma seqüela vivenciada *posteriormente* ao horror vivenciado de forma impactante por uma pessoa. Assim, o problema que pode ser levantado é o seguinte: como sabemos se os soldados que desenvolveram palpitações e toda sintomatologia rica que a acompanha sofreram de fato um choque em sua experiência como combatente?

Em recente trabalho, Sheffer (2009) abordou este tema. Segundo o pesquisador, a historiografia das doenças mentais produzidas em períodos de guerra parece partir do *a priori* de que existiu em todos os conflitos o que é conhecido hoje como “transtorno de estresse pós-traumático”. Discordando de tal ideia, ele chama atenção para o fato de que não há, no caso da Guerra Civil americana, argumentos convincentes ou documentos que provem uma relação de igualdade entre a síndrome do coração irritável e a do estresse pós-traumático. Aliás, os médicos da época não deixaram registros de nada que pudesse ser minimamente semelhante à condição citada acima, muito embora tenha surgido uma patologia digna de nota conhecida pelo nome de “síndrome do coração irritável” (SHEFFER, 2009, p. 4). Sheffer analisa que tal ausência de documentos dá margem para que outra hipótese – bastante plausível – seja feita: a de que, na verdade, tal doença pós-trauma nem mesmo existiu entre os anos de 1861 e 1865.

Sheffer não discorda da ideia senso-comum de que todo conflito de guerra é *essencialmente* terrível; a realidade é brutal para todos aqueles que participam dela e os danos físicos e morais fazem parte das guerras em todas as eras. O argumento central utilizado em sua tese, enfim, é o que se segue: os soldados americanos da guerra civil viviam em um tempo bastante peculiar no que se refere às crenças sobre, em primeiro lugar, honra, e em segundo, sobre a morte. Desta forma, seria justamente por esta “cultura da honra”, nos termos do autor

¹⁸ Tema abordado à frente, cf. sub-capítulo 1.6.

(SHEFFER, 2009), que teria havido uma prevenção ou, no mínimo, uma razoável redução no número de casos médicos cuja sintomatologia psicológica teria surgido como consequência de conflitos graves vivenciados em combate.

A despeito de a referida tese salientar a importância dos fatores culturais na causação das doenças, certas distinções em relação à que aqui se desenvolve devem ser destacadas. Consideramos razoável a hipótese de que os soldados não tenham desenvolvido sintomas psicológicos pós-trauma por estarem inseridos numa rede sócio-técnica distinta da atual e por terem enraizado em seu arcabouço identitário valores como honra, patriotismo e uma posição positiva frente à morte. Aliás, tal argumento se coaduna com a linha que seguimos, pois considera a *historicidade* das patologias desenvolvidas pelos soldados da Guerra Civil americana. No entanto, discordamos da ideia de que os soldados não desenvolveram “neurose de batalha” ou “síndrome pós-traumática” *unicamente* por terem lidado com a morte de forma positiva ou por terem sido mais patriotas do que, por exemplo, os combatentes envolvidos na Primeira Guerra Mundial.

Sim, é possível que tais valores tenham prevenido os soldados americanos - de forma semelhante como alemães, de um lado, e soviéticos, de outro, nos anos 1940 - de sofrerem prejuízos psicológicos em vista de suas fortes motivações ideológicas durante a Guerra.¹⁹ Entretanto, se concordássemos com a tese de que o “patriotismo” foi uma espécie de antídoto, simplesmente, teríamos de entender aqueles soldados que entraram na casuística médica com sintomas de palpitação, falta de ar e sensação de morte iminente, como portadores, de fato, de uma doença psiquiátrica; isto é, portadores do “transtorno de estresse pós-traumático”.

Diferentemente da abordagem de Sheffer, seguimos o entendimento de que o que faz com que uma pessoa, seja combatente ou não, fique doente por esta ou por outra doença, é a experiência de estar doente, de tal modo que essa experiência é fruto de uma co-emergência de múltiplos fatores, os quais incluem certamente os fatores biológicos (feridas, coagulação sanguínea, pulsação, batimento cardíaco, traumas físicos e psicológicos etc.), mas não se reduzem a eles. Tal experiência emerge de uma rede de valores que se entrelaçam e possibilitam, enfim, a vivência de estar doente de uma forma, e não de outra. O fato de não ter existido a “síndrome do estresse pós-traumático” no período da Guerra Civil americana deriva, sim, de “fatores culturais”, mas segundo a ideia de que o que não possibilitou sua existência foi a co-emergência dos múltiplos fatores citados. Para entender tal rede complexa e mostrar que a “síndrome” desenvolvida pelos soldados da Guerra dos anos 1860 não é

¹⁹ Cf. o sub-capítulo 2.8, “II Guerra Mundial (1939-1945)”.

sinônimo do “transtorno de estresse pós-traumático” da atualidade faz-se indispensável destacar e analisar alguns de seus emaranhamentos.

O exercício de contrastar o “medo” da guerra civil com o de outros contextos torna-se, a esta altura, importante. Assim, encontramos a afirmação de Moran, importante estudioso das “neuroses traumáticas” da Primeira Guerra Mundial. Segundo ele, “quase todos os homens sentiram medo” (MORAN, 1967, p. 61, tradução nossa) neste tempo. O terror também estava disseminado na Guerra Civil Espanhola (1936-1939). Para Dollard (1943), que analisou a experiência fóbica de trezentos militantes da brigada comunista Abraham Lincoln neste período (1936-1939), três quartos dos veteranos sentiram medo *enquanto* iam para o combate pela primeira vez. Após a primeira exposição à batalha, trinta e seis por cento confessaram ter medo *sempre* (antes, depois e após a batalha), e apenas cinquenta e cinco por cento sentiram medo em algumas ocasiões. Ainda mais significativo foi o fato de que oito em dez pensaram ser melhor admitir seus medos em público, discutindo-os junto aos seus camaradas, do que guardá-los para si. Essa atitude era entendida como o primeiro passo no controle individual e coletivo do medo. “Coragem não é ‘não sentir medo’ (*fearlessness*)”, escreve Dollard, mas é “ser capaz de fazer o trabalho mesmo quando amedrontado” (DOLLARD, 1943, p. 12-71, tradução nossa).

As circunstâncias da guerra civil são distintas, deve-se dizer. Em seu estudo seminal, Linderman (1987) analisou as narrativas em primeira pessoa de soldados e militares médicos do Sul e do Norte. Segundo ele, na guerra americana não havia espaço para medo, mas somente para ações heróicas, coragem e “*fearlessness*”.²⁰ Não concordamos completamente com este autor, pois não houve somente “falta de medo” nesta época. Na verdade, coexistem dois grandes grupos de narrativas em primeira pessoa: um, em que o medo não está presente (mas, sim, a coragem), e outro onde ele está de forma claramente explícita.

Neste quadro, um dado que nos salta aos olhos é a grande preocupação em ocultar o referente medo, diferentemente das guerras seguintes, como veremos. Se os escritos dos soldados se subdividem em dois grupos (os que explicitam o seu pavor e aqueles que tentam ocultá-lo), por outro lado, as narrativas em *terceira pessoa*, isto é, realizadas pelos médicos militares, são marcadas *exclusivamente* pela ausência de referências ao medo. É neste sentido, então, que se pode falar em “*fearlessness*” na guerra americana. Tal falta de medo pode ser

²⁰ A palavra inglesa “*fearlessness*” não possui tradução literal em língua portuguesa, embora geralmente se traduza como “bravura”. No contexto aqui analisado, entretanto, não acreditamos que tal tradução seja a mais apropriada, visto que ela não sugere o sentido que a palavra inglesa dá, qual seja, a da referência ao medo em sua forma negativa, ou de ausência.

flagrada no artigo de Henry Hartshorne [1823-1897], publicado em um jornal médico em três de junho de 1863²¹.

Após a pavorosa Batalha de Antietam²², Hartshorne escreve um artigo clínico sobre os seus pacientes. Hartshorne avisa a comunidade médica sobre a exaustão muscular do coração, sobre a qual deveria ficar atenta. Enfatiza quais seriam as consequências do esforço prolongado no funcionamento cardíaco dos combatentes: pericardite, dilatação ou hipertrofia do coração, doença das válvulas cardíacas. Tal inquietude não se associava com inflamações.

Hartshorne não cita o horror pelo qual atravessaram os soldados. A rigor, a palavra “nervosidade” aparece. Uma única vez e sem ênfase. Ora, então o que estava em questão? A resposta é clara: fraqueza do coração, não associada aos “distúrbios funcionais da ação cardíaca” ou do abuso de tabaco e à masturbação.²³ Os sintomas incluíam um pulso rápido enquanto o paciente descansava, além do aumento anormal da taxa cardíaca mesmo quando se fazia o esforço mais sutil. O soldado parecia saudável, embora o pulso, a percussão do peito e o uso do estetoscópio confirmassem que esses homens não sofriam de alterações orgânicas do coração. O médico da Filadélfia²⁴ não pensava que tal doença era “palpitação nervosa ou simpática”. As causas eram “esforço prolongado” e “falta de descanso”.

As narrativas dos que atendiam e daqueles que eram tratados não formavam um uníssono. Mas, por que, de um lado a arte da cura aproximada da própria arte da guerra e, do outro, as vozes apavoradas daqueles que testemunharam a barbárie do *front*? No tópico a seguir, deteremo-nos mais atentamente aos ideais de valores que se relacionavam à essa postura médica frente ao mal-estar de seus pacientes.

²¹ Hartshorne, H. (1863).

²² Também conhecida como “Batalha de Sharpsburg”, ocorreu em 17 de setembro de 1862. Caracteriza-se por ser o dia mais sangrento da história americana, onde mais de 23 mil americanos perderam a vida. Cf. McPherson (1988).

²³ Ibid. p. 89.

²⁴ Ibid. p. 91.

1.2 Hipóteses médicas: masculinidade, coragem, fingimento e doença

O quadro que estamos querendo delinear é complexo. Por parte da classe médica, o amplo espectro de reações que os combatentes exibiram em face da guerra foi objeto de análises onde, ora estavam ausentes referências às condições da batalha, ora banalizava-se o sofrimento dos soldados. Tal cultura foi pautada pela erosão de ideais éticos, como também por estereótipos de raça. Vejamos alguns exemplos.

Antes de examinar as referências em terceira pessoa – a perspectiva dos médicos – detenhamo-nos brevemente na experiência dos próprios soldados. Segundo Blight (1992), autor que realizou esta pesquisa, os ideais éticos deste período foram importantes para o modo como se constituiu a experiência dos soldados. A diversidade do modo como vivenciaram a guerra é digna de nota, já que lutar na guerra poderia significar: motivos de orgulho, autopiedade, comiseração, sentimento religioso ou de devoção patriótica.

A coragem se destaca neste âmbito. Para Linderman (1991), o medo muitas vezes se encontrava na posição oposta a este ideal, estando profundamente impregnado no imaginário do soldado americano. Colado à coragem, existia uma carreira de ideais intrincados, tais como os de masculinidade, patriotismo e honra. Assim, apresentar sintomas de doença significava deixar à mostra sinais não só de fraqueza do corpo, mas do espírito. É por isso que o verdadeiro combatente, corajoso, não poderia cair, não poderia ficar doente.

O soldado Carlton McCarthy, por exemplo, escreveu em suas cartas a respeito das provas difíceis através das quais todo soldado tinha de passar. Ele afirmou: “[O] soldado é tentado de dez mil maneiras (...) todas as suas qualidades são postas em cheque (...) Sua coragem nunca pode falhar”. Mais à frente ele completa: “Deve ser masculino e independente” (MCCHARTY, 1888, p. 208, tradução nossa). “Coragem” e “masculinidade” eram intercambiáveis e formavam um bloco moral, forçando o homem a não perder o controle de sua vontade. Para os soldados, o próprio combate era encarado como um “teste de masculinidade”, já que “[u]ma falha da coragem na guerra era uma falha de masculinidade” (LINDERMAN, 1991, p. 8, tradução nossa).²⁵

²⁵ A especificidade histórico-cultural desses dados não é auto-evidente. Pode-se contrastar, por exemplo, como o sentido da coragem foi assumido em outras circunstâncias. Na Guerra da Coreia (1950-1953), ter coragem exagerada poderia significar loucura ou perda do instinto de auto-preservação, diz O'Brien (1973). Assim também ocorreu na Guerra do Vietnã, onde fugir não era sinônimo de covardia.

Os combatentes que expressassem medo e pavor, querendo escapar de suas obrigações, eram rejeitados, considerados femininos e preguiçosos desprezíveis. Num jornal do Sul, podemos ler:

Pobreza e derrota podem trazer desânimo. Nunca desanimar! Os jovens do Sul devem ostentar uma coragem masculina e considerar os males como resultado de uma revolução mal sucedida. Devem ser corajosos e alegres, enérgicos e esperançosos. Eles suportaram-se durante a competição desigual com uma virilidade e coragem que têm aumentado a admiração de amigos e inimigos. Agora, eles não podem desanimar ... Não sejam auto-suficientes, nunca foi concebido que homens jovens e virtuosos falhassem ... deixem-nos na grande batalha da vida. Eles devem ser alegres na pobreza, esperançosos na adversidade, pacientes sob derrota, e firmes e auto-suficientes em todas as circunstâncias (citado em DEAN, 1997, p. 203, tradução nossa).

Num outro jornal do Sul, encontramos:

Mas a comiseração sentida por esses indivíduos desafortunados é modificada pelo fato de que eles são homens - homens com mãos fortes, corações endurecidos e nervos fortes - os homens, conseqüentemente, saberão como combater com sucesso de acordo com a sua sorte (Ibid. p. 203, tradução nossa)

O desânimo também era entendido como algo feminino: “Somente aquele que conhece o que o destino tem reservado para ele com firmeza masculina é verdadeiramente grande”.²⁶ Num outro jornal, desta vez do Norte, aconselha-se a necessidade de se manter virtude viril, firmeza e resistência. Logo em seguida, prossegue-se:

...ganhar [a batalha da vida], sem luta, é, talvez, ganhá-la sem honra. Se não houvesse dificuldades, não haveria sucesso; se não houvesse nada pelo que lutar, não haveria nada a ser alcançado. Dificuldades podem intimidar os mais fracos, mas elas servem apenas como estímulo para um homem de coragem e de resolução (...) levantar-se corajosamente contra a má-sorte. (Ibid. p. 203, tradução nossa)

A fé religiosa era outro elemento-chave no *front* da Guerra. Ela era uma espécie de fonte de coragem. Coragem e fé, portanto, também estão interligados. Stiles (apud LINDERMAN, 1987, p. 8) afirmou que quanto mais ardente fosse a espiritualidade do soldado, mais intenso seria o seu espírito de luta. Quanto mais se acreditava em Deus, em sua proteção, maior era a entrega e a coragem durante o combate. Segundo Linderman (Ibid. p. 9), era comum encontrar um grande número de homens tentando receber força e coragem através da reza logo antes das batalhas.

²⁶ Ibid. p. 203, tradução nossa.

Assim, da mesma forma que a coragem estava para a religiosidade, estava a descrença para a covardia. Como afirmou o capelão do 14º Regimento de Lousiana, ninguém seria mais covarde do que aqueles que não renovassem sua fé e se livrassem dos pecados antes da batalha. Para um soldado protestante de Illinois, a Bíblia aumentava a coragem: “O padrão de masculinidade do soldado é alto e ele a encontra no Livro”. Já o soldado Georg Eggleston escreveu que a covardia deveria ser considerada como “um dos pecados que não podem ser perdoados, nem nesse mundo, nem no próximo”.²⁷

Para a classe médica, fatores como força, coragem e masculinidade estavam determinados também pela hereditariedade. As qualidades de força e resistência não eram atributos físicos ou psicológicos, mas híbridos de ordem física e moral. Edward S. Dunster [1834-1888], médico militar atuante durante a guerra civil, escreveu que a taxa relativamente maior de morte por doença entre os negros era consequência do fato deles serem mais “psicológicos” do que “físicos” e crescidos na ausência de coração, de esperança e de atividade mental. “Caso fossem tratados por uma cultura mais moral”, Dunster (1867, p. 184, tradução nossa) afirmou, “seus defeitos seriam diminuídos”.

Havia um aviso do exército americano propondo que todos os soldados que procurassem dispensa através de relatos subjetivos deveriam ser ignorados (DEAN, 1997, p. 120). Devia haver a garantia das descrições objetivas da doença. Aos cirurgiões, era obrigatório que só concedessem dispensa ou o envio ao asilo do governo, a partir do diagnóstico de insanidade, devendo ser levado em conta se o soldado tinha ou não algo a ganhar caso o fosse declarado insano. Além disso, o comportamento insano do soldado deveria ser constatado como total e completo, para que fosse descartada qualquer possibilidade de fingimento.

Neste contexto, a figura do “*malingerer*”²⁸ (aquele que finge ou cria doença com o objetivo de ganhos secundários) se destaca constantemente nos relatórios e artigos. Essa obsessão pela prova cabal da doença é constatada nos escritos do cirurgião Roberts Bartholow [1831-1904] e de Dunster (já citado), ambos co-autores do “*Sanitary Memoirs of the War of the Rebellion*”. Silas Weir Mitchell, eminente médico da Filadélfia no período da guerra,

²⁷ Linderman, 1987, p.10, tradução nossa.

²⁸ Vale notar, devido à sua presença em inúmeros textos médicos da época, a ausência da referência das palavras inglesas “*malingering*” e “*malingerer*” nas edições de 1865 e 1888 do *American Dictionary of English Language*, escrito por Noah Webster. Não há tradução literal para “*malingering*”. No entanto, em português a tradução mais aproximada para o artigo citado seria “Sobre fingir-se de doente, especialmente em relação à simulação das doenças do sistema nervoso”; cf. Mitchell *et al.* (1864).

também escreve neste relatório. Mitchell tinha as suas desconfianças. Em tom saudosista, em 1864, ele lembra: “se não estamos equivocados, as tentativas de se fazer de doente estão hoje muito mais frequentes e mais engenhosas” (MITCHELL, 1864, p. 367).

No mesmo ano, Mitchell escreve “*Gunshot Wounds and other Injuries of Nerves*”, livro onde trata dos tratamentos “tônicos”, dietas reforçadas, e administração de vigorosos “estímulos elétricos”. Começam a surgir aqui não só um tipo de tratamento que ficou disseminado décadas depois, o conhecido “*rest cure*”, mas um outro, considerado bastante importante devido à sua eficácia daqui em diante: as “torturas elétricas”.²⁹ Nesse livro, Mitchell desenvolveu os elementos centrais do que ficaria conhecido, posteriormente, como “cura pelo descanso”. Os pilares deste tratamento (massagens, estímulos elétricos, alimentação específica e descanso na cama) foram desenvolvidos, então, com os soldados enviados ao *Turner J. Lane Hospital*, na Filadélfia, organizado pelo General William Hammond, para receber casos de coração irritável, dentre outras condições complexas, como a dos combatentes que ainda continuavam “sentir” os seus membros amputados.³⁰

Um dos principais pontos do protocolo de Mitchell era a necessidade de distinção dos pacientes “reais” daqueles que simulavam doenças. É importante saber, como o próprio Mitchell ressalta nesse livro, que os combatentes estavam sofrendo de doenças que nunca haviam sido registradas na história médica, “estranhas à observação mesmo dos cirurgiões cuja experiência era a mais completa e extensa” (MITCHELL et al., 1864a, p. 10, tradução nossa). Ele escreve: “Nunca antes na história médica havia sido coletado para estudo e tratamento tão notável série de lesões dos nervos”.³¹ Tornou-se cada vez mais difícil descrever, em termos conhecidos, exatamente o que os doentes estavam sentindo, na medida em que os próprios vocabulários etiológicos disponíveis, simplesmente, não podiam dar sentido aquelas coisas que pareciam desarticuladas tanto ao médico, quanto para o paciente. A opção que restava, então, foi a invenção.

²⁹ Cf. sub-capítulo 2.4, “Os tratamentos ‘ativos’”.

³⁰ Na maior parte das análises sobre Mitchell, há o enfoque sobre os seus trabalhos do século dezanove tardio, principalmente a partir dos anos 1880. Dois de seus livros são enfatizados: “*Fat and Blood*”, publicado em 1877, e “*Doctor and Patient*”, de 1888. Em diversos trabalhos acadêmicos se dedica a analisar a sua técnica de cura pelo descanso, uma terapia desenvolvida para aliviar os sintomas neurastênicos de mulheres de classes altas da sociedade. Enquanto as mulheres retornavam à sua feminilidade através de sua terapia, esses soldados eram reabilitados em sua masculinidade vigorosa, prontos para voltar e submeterem-se às regras militares. Para uma abordagem contemporânea do problema dos membros fantasmas, cf. Ramachandran e Blacklee (2004).

³¹ Mitchell et al., 1864a, p. 11, tradução nossa.

As dores dos soldados lesionados não eram as mesmas encontradas na prática civil, conta Mitchell. Ela era tanto sentida, quanto resistida, distintamente. Partindo-se do pressuposto de que os estados mórbidos, as dores e aflições humanas são subjetivas, não há possibilidade de se saber “o que” os soldados sentiam naquela época. Mas, se seguirmos a opinião de Morris (1991), de que as dores são sempre interpretadas dentro dos sistemas formais e informais de pensamento, isto é, sempre são dotadas de um significado próprio de um tempo, é possível dizer que Mitchell e os seus pacientes deveriam inventar um modo próprio de sofrimento e uma explicação plausível para ele. Assim sendo, se o sentido do sofrimento dos soldados ainda não havia recebido uma taxonomia científica “precisa”, “definida”, era uma parte da tarefa dos médicos da guerra civil, portanto, criar um sistema de significados com os quais os médicos e os pacientes pudessem interpretar suas doenças e os seus papéis respectivos no tratamento.

Mesmo disposto a legitimar os sofrimentos dos seus pacientes, de Mitchell não fugia a ideia de que era preciso *investigar* quando e de que forma os sintomas de dor estavam sendo exagerados, quadro ao qual deu o nome de “histeria”.³² É neste sentido que se pode dizer, como afirmou Dean (1997, p. 120), que o médico da guerra civil era um detetive e, portanto, a sua função era detectar as fraudes e as engenhosidades dos “malandros”.

O General Joseph K. Barnes, por exemplo, escreveu que, antes de ser iniciada uma marcha rumo ao combate, o cirurgião era chamado para fazer exames cuidadosos e rígidos. O aviso de que uma batalha fosse começar era condição suficiente para que os soldados começassem a simular doenças. Ele escreve: “o efeito aterrorizador de uma potencial batalha faz com que homens que nunca haviam mancado antes, manquem, e soldados, considerados bons até aqui, façam esforço para escapar [dos exames cuidadosos]” (U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE, 1870, p. 911, tradução nossa).

Com o mesmo espírito de Barnes, o médico-cirurgião Robert Bartholow [1831-1904] - que estava servindo ao exército americano desde 1855 - dedica-se em “*A Manual of Instructions for Enlisting and Discharging Soldiers*” (1863), aos fatores que contribuía à resistência dos homens às doenças. “[C]om especial referência ao exame médico de recrutas e à detecção de doenças fingidas e desqualificantes”, acrescenta o subtítulo do trabalho (BARTHOLOW, 1863, tradução nossa).

³² Mitchell não fazia referência ao significado que a categoria nosológica de “histeria” assumiria, posteriormente, por exemplo, com os trabalhos após os anos 1880, com Jean Martin Charcot. Sobre isto, cf. o sub-capítulo 1.6.1.

O engajamento de Bartholow no tema do fingimento dos soldados é grande. Logo em seguida, ele escreve “*Sanitary Memoirs of the War of the Rebellion*”, onde afirma que fatores como aptidão e resistência às doenças eram compostos por traços morais, mentais e físicos. Ele cita quatro grupos de fatores principais: 1) as influências que foram adquiridas anteriormente ao alistamento; 2) as causas que afetavam a produção de histamina (posteriormente ao alistamento); 3) as causas que afetavam a histamina durante o seu serviço ativo e, por último; 4) as causas morais, como fingimento, deserção, nostalgia, etc. em operação durante todo o período.

Ele abre o capítulo diferenciando as raças que compunham as tropas americanas: americanos, celtas, teutônicos, negros e hispano-americanos do Novo México, organizados hierarquicamente (BARTHLOW, 1867, p. 4). O termo “americano” se aplicava à composição de raças que habitam o continente, mas sem contar os aborígenes.

As características mentais requisitadas aos americanos para o serviço militar consistiam em espírito de empreendimento e em firmeza intelectual, que os deixavam superiores à fadiga. Além destes atributos, a vaidade nacional e o amor à popularidade, segundo Bartholow³³ tinham muito a contribuir na formação de tais qualidades militares. A qualidade física deles não era tanto o resultado de seu aspecto muscular ou de sua altura, mas, como Bartholow salienta, da firmeza de sua fibra muscular e da mobilidade de sua gordura intersticial. Estas, sim, propiciavam-lhes a atividade e os movimentos indispensáveis. Na ativa, geralmente o soldado americano sofria mais de defeitos do seu aparelho digestivo do que da falta de poder devido ao desenvolvimento físico imperfeito.³⁴

As raças celtas possuíam qualidades semelhantes, embora tivessem menos tenacidade de propósito e dureza mental. Por sofrerem principalmente de defeitos morais, muitos soldados eram mercenários e não exibiam o mesmo zelo, energia e poder de resistência, afirmou Bartholow. Além disso, eles se submetiam com menos paciência aos requerimentos da disciplina do que os americanos. Frequentemente, eram turbulentos sob dificuldades e dados à reclamação com relação às rações e tarefas cansativas. Por fim, Bartholow diz que os trabalhadores irlandeses eram especialmente notórios devido ao seu desprezo aos afazeres mais fatigantes.

³³ Ibid. p. 4.

³⁴ Ibid. p. 4.

A capacidade física do alemão não poderia ser igualada à capacidade física do americano ou do celta. Existiam certos defeitos de estrutura, comuns em maior ou menor extensão em todos os alemães, que dificultavam o seu poder de resistência. Possuíam, principalmente, um temperamento linfático e uma fraqueza bastante incomum dos órgãos abdominais. Flatulência dos pés e uma tendência a uma condição varicosa das veias das extremidades inferiores.

Já o negro possuía as “qualidades físicas pertencentes ao soldado do mais alto tipo”, muito embora fosse, “inquestionavelmente, menos resistente do que o soldado branco, menos ativo, vigilante e empreendedor, e mais dado a se fazer de doente”³⁵. Bartholow diferenciava o do mulato e, em relação a este ele tinha uma opinião: “é mais débil do que o negro”.³⁶ Havia também uma correspondência entre peso e altura, tórax amplo e considerável poder de resistência. Seus principais defeitos físicos são menores, embora possuísse pés ruins e uma propensão às doenças dos órgãos pulmonares. Tendo a faculdade da imitação altamente desenvolvida, os negros prontamente se adequavam ao treinamento mecânico do soldado.

Encontravam-se, por último, os hispano-americanos do Novo México. Este grupo era marcado pelas constituições fracas, pela caquexia sífilítica, visão não-pareada, deformidades nas mãos e nos pés, doenças dos órgãos urinários. Em consequência de um temperamento muito mercurial, Bartholow³⁷ salienta, eles também eram covardes, incertos e difíceis de controlar.

Bartholow confessou que não era fácil determinar as condições físicas, os temperamentos, a influência da vontade, as qualidades morais e o poder de resistência. É provavelmente verdade, disse ele, que os de cabelos loiros e os olhos azuis sejam mais suscetíveis à influência da malária, às doenças do baço e à degeneração albuminoidal dos órgãos. Os temperamentos negros às doenças do fígado, à disenteria e à pneumonia. Para ele, fatores de ordem moral, como covardia, fraqueza da vontade, nostalgia e fingir-se de doente afetavam a produção de histamina física do soldado. Os dois primeiros não podiam ser expressos numericamente. Não existiam dados para expressar a sua importância, ele ressaltou. Enfim, a covardia encontrava a sua expressão no fingimento, na fraqueza da vontade e na nostalgia, mas a relação imediata não era demonstrável.

³⁵ Ibid. p. 5.

³⁶ Ibid. p. 5.

³⁷ Ibid. p. 5.

1.3 Condições de possibilidade técnicas e teóricas para o estudo do coração irritável

O que levava o médico a desconfiar dos pacientes quando não havia um motivo *verdadeiro* para se queixar? O campo epistêmico no qual a comunidade médica americana estava inserida certamente foi um fator importante. Uma das lentes através da qual a ciência médica analisava neste tempo – além dos resquícios da tradição humoralista e dos valores ético-morais típicos do século XIX - era a anátomo-patologia, efeverscente, desde o início do século, nos centros de autópsia da Europa. Ao mesmo tempo em que as ideias da anátomo-patologia mescladas aos valores morais novecentistas faziam possível existir médicos como Roberts Bartholow, por outro lado, aos poucos, possibilitava emergir outro tipo de olhar médico, mais para o lado da “ciência” do que da moral, como veremos em Jacob Da Costa.

Quanto à essa “lente”, destacam-se dois aspectos, primeiramente: 1) o objetivo do anatomista era revelar a natureza intrínseca da doença; 2) a anatomia-patológica era a base do pensamento médico do século dezenove. Foi a partir disso, portanto, que o exame físico se tornou a pedra fundamental do diagnóstico clínico e transformou a relação médico-paciente neste tempo. Esse paradigma³⁸, que era dominante entre os médicos da guerra civil, possibilitou que algumas tecnologias se tornassem indispensáveis à prática diária do médico, como o estetoscópio.³⁹ O estetoscópio, aí, não poderia ser mais apropriado, visto que o desejo de encontrar a lesão subjacente à doença passou a ser, então, possível de ser realizado, já que ele era a tecnologia que tornara possível acessar em vida a sede da doença, isto é, a lesão interna. A redução do problema do soldado ao mal do coração, proporcionada pelo som do estetoscópio, constituiu-se em avanço, no mundo da guerra civil americana.

³⁸ O paradigma da anatomia patológica é historicamente ligado ao livro “*De sedibus, et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*”, de Giovanni Battista Morgagni [1682-1771] (BYNUM, 1994). A medicina até o século dezenove poderia ser considerada como uma seguidora da natureza. A etimologia ajuda ao entendimento do sentido anterior da palavra médico, visto que *physician*, que é “médico” na língua inglesa, significa “seguidor da *physis*”, ou uma mediadora entre o homem e a natureza, e “*medicare*”, em latim, vem de mediar, isto é, trazer para o meio/equilíbrio. O desenvolvimento da anatomia patológica (a prática de exame pós-morte) em pessoas que morriam com uma série de sintomas foi importante para que, a partir destas análises, ficassem quase de forma evidente que os sinais mórbidos que uma pessoa apresentaria em vida, estariam sempre relacionadas à disfunções ou alterações anátomo-fisiológicas de determinados tecidos. A ideia central é: o adoecimento é consequência do aparecimento de uma lesão na profundidade do organismo (espaço interno, medicina interna), que, em última análise, significa que não *há doença sem sede* e não *há doença sem lesão*. A lesão é ao mesmo tempo sede e causa da doença.

³⁹ Segundo Bishop (1981), não há dúvida de que o estetoscópio teve uma recepção favorável logo após a sua invenção tanto na França como na Inglaterra. Contudo, encontramos em Reiser (1978) a hipótese de que nos primeiros anos, principalmente na década de 1820 e 1830, o estetoscópio encontrou certo entrave, por conta da ausência de conhecimento de sua utilização.

Reiser (1978, p. 29) afirma que a auscultação feita com o estetoscópio reverberou na clínica com intensidade entre 1820 e 1850, período em que ocorreram intensos debates nas sociedades médicas anglo-americanas. Não foi a toa que o estetoscópio passou a ocupar um lugar importante na avaliação física dos pacientes, já que existia uma correspondência entre os sons vindos do coração e as lesões visíveis na autópsia. “Era como se os ouvidos pudessem se tornar os olhos da auscultação”, afirmou Latham (1836, p. 280). Além disso, como escreveu Forbes, (1821, p. xiv, tradução nossa), “existe uma janela no peito através da qual podemos ver o estado preciso das coisas internas”. A “[a]uscultação ajudou a criar o médico objetivo, que poderia se desvencilhar das experiências e sensações do paciente, em direção a uma relação mais imparcial”.

“De agora em diante, os sintomas tinham de ser interpretados como disfunções anatômicas e fisiológicas” (REISER, 1978, p.38, tradução nossa), não sendo sem motivo que o próprio René Théophile Hyacinthe Lannec [1781-1826], já havia exaltado o valor do diagnóstico através de sua invenção, já que poderia demonstrar *in vivo* – através dos sons cardíacos - as lesões anatômicas observadas no cadáver.⁴⁰

A força da visão da anatomia patológica aplicada às doenças do coração é encontrada em 1871, quando Edward Clarke [1820-1877], dissertando sobre as regras pelas quais a medicina americana deveria se pautar, destacou o uso do estetoscópio. Segundo ele, este instrumento, teve o mérito de ter causado uma verdadeira revolução no estudo e na terapêutica das afecções do peito (CLARKE, 1871, p. 33), sendo, de fato, o que havia de mais moderno em termos de tecnologia médica. A importância deste instrumento estava também no fato dele proporcionar um diagnóstico mais preciso da síndrome que havia provocado um alarde entre os soldados da guerra de 1861 a 1865 e na população civil, cuja causa de seus sintomas, apontava ele, estava no “esforço prolongado e violento”: o coração irritável.⁴¹

Apesar das principais hipóteses sobre a síndrome do coração irritável terem emergido, principalmente, após os primeiros meses da guerra civil americana, ou seja, ainda em 1861, deve-se lembrar que décadas antes, médicos eminentes já haviam tratado do assunto. Apesar de estarmos destacando aqui as rupturas de sentido entre os diferentes contextos históricos, acreditamos ser importante voltarmos um pouco no tempo para conhecer o porque se tornou possível o estudo científico do coração irritável décadas depois. Assim, acreditamos que para

⁴⁰ Ibid. p. 29.

⁴¹ Ibid. p. 34, tradução nossa.

se entender o “tom” do texto dos estudos sobre o coração irritável na guerra civil, devemos pontuar, ainda que brevemente, o que tais estudiosos das afecções do peito falaram anteriormente a respeito do coração desordenado.

Jean Nicolas-Corvisart [1755-1821]⁴² e René Laennec já haviam feito grandes contribuições sobre o assunto, tornando-se, cada um deles, as referências mais importantes no campo. Ao observar pacientes com palpitações “vindo do nada” e crises de sensação de morte iminente, Corvisart atentou ao coração dos seus pacientes, da mesma forma que os médicos dos anos 1860. Não é a toa que uma das grandes contribuições de Corvisart foi justamente ter destacado a importância da técnica de percussão desenvolvida primeiramente por Joseph Leopold Auenbrugger [1722-1809] em seu “*Inventum Novum*”⁴³, no fim do século XVIII.

Mas a originalidade de Corvisart se deu não tanto por sua ênfase na auscultação imediata, mas, principalmente, pelas distinções que ele realizou entre distúrbios pulmonares e cardíacos, delimitando, também, as diferenças entre doenças cardíacas funcionais e orgânicas. O seu texto “*Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*”, de 1806, dá grande ênfase à técnica de percussão e faz uma discussão sobre as palpitações, distinguindo os sintomas de doenças cardíacas de outras naturezas. Ele enfatiza a influência “simpática” de um órgão sobre outro, embora acreditasse que a “teoria das simpatias” fosse indevidamente utilizada no lugar do conhecimento acurado.

Não é demais dizer que Corvisart estava entre a quantidade cada vez mais crescente de médicos que estavam integrando o pensamento anatômico em sua prática. No início do livro, ele questiona por que razão os médicos não davam atenção ao aprendizado da patologia no tratamento das doenças, não deixando quaisquer dúvidas sobre a influência que ele, no começo do século XIX, recebia de Morgagni. O problema estava na falta de conhecimento de anatomia. “Abstendo-se de encontrar, cuidadosamente, no corpo morto, os erros que sua ignorância de anatomia os fazia cometer”, afirmou Corvisart (1806, p. 15, tradução nossa), os médicos diagnosticavam mal os seus pacientes, os tratavam como se tivessem doenças diferentes, prescrevendo terapias inúteis ou perigosas.

Ele escreve sobre os vários tipos de palpitações, diferenciando aquelas que eram causadas pelas afecções morais, por exercícios violentos ou, ainda, outras que eram

⁴² Médico francês e um dos mestres de Laennec.

⁴³ “*Inventum Novum*” foi escrito no mesmo ano que o clássico de Morgagni sobre a importância de se encontrar uma lesão orgânica para cada doença. Auenbrugger estava inspirado pelo mesmo ideal e, neste livro, dá uma descrição de sua técnica denominada *percussão imediata*. A técnica consistia em colocar o ouvido diretamente no peito do paciente, com o objetivo de escutar os sons cardíacos.

consequência de certos obstáculos à circulação. Além dessas, existiam os batimentos convulsivos, tumultuosos, com ruído, oriundos de um coração atacado por aneurisma ativo (hipertrofia), e aquelas produzidas pelo tremor de um coração privado de sangue depois de hemorragias continuadas e profusas.⁴⁴

Ainda que Corvisart estivesse imbuído do pensamento morgagniano, deve-se fazer uma ressalva, pois ele reconheceu que mesmo um conhecimento de anatomia preciso não poderia prevenir os erros mais graves de tratamento. O médico ainda se via diante do problema de entender os sintomas exibidos na beira da cama do paciente. Aqui estava a maior questão: “os movimentos que são produzidos dentro das vísceras e que estão, conseqüentemente, fora do alcance de nossos sentidos”, faziam com que os médicos não pudessem averiguar a essência das doenças, “a fundação *secreta* das doenças orgânicas”.⁴⁵

Para completar a revolução prometida pela exploração anatômica iniciada no século XVII, requeria-se uma revolução complementar, orientada ao entendimento do *modus operandi* dos tecidos e órgãos durante a vida. Foi Laennec, seu aluno, exatamente dez anos depois deste ensaio, que iria fornecer a resposta.

Laennec também estava influenciado pela ideia de que um órgão poderia irritar outro. Em seu texto clássico “*Traite de l’Auscultation Mediate*”, publicado em Paris em 1819, ele apresenta o estetoscópio e a aplicação da auscultação no diagnóstico das doenças pulmonares e, em menor extensão, das doenças cardíacas. Em 1819, ele afirma que a palpitação era “todo batimento do coração que é sensível e desprazeroso ao indivíduo e, ao mesmo tempo, mais frequente do que natural” (LAENNEC, 1819, p. 361, tradução e grifo nossos). Assim, as irregularidades da ação cardíaca poderiam ocorrer sem palpitação. Para ele, o mero exame do pulso era insuficiente para informar ao médico o verdadeiro estado da circulação, e propôs, então, o uso do estetoscópio para relacionar a força ou a energia da contração ventricular esquerda à força do pulso.

A revolução de Laennec se propagou entre os continentes e ao longo do tempo, de modo que, em 1862, Alfred Stillé [1813-1900], médico do Hospital da Filadélfia, consagrado por sua contribuição durante a guerra, dissertou sobre a importância da auscultação e das novas tecnologias da medicina novecentista. Stillé tinha certo desconforto com o atraso da prática médica na Filadélfia, já que esta havia ficado indiferente aos avanços da pesquisa

⁴⁴ Ibid. p. 329.

⁴⁵ Ibid. p. 284, tradução e grifo nossos.

experimental e clínica numa época “em que a física é aplicada à medicina, à auscultação, à percussão, e os seus métodos de investigação, microscópico, químico e fisiológico, permitem que os fenômenos da vida e da doença estejam abertos aos sentidos” (STILLÉ, 1863, p. 2, tradução nossa).

Segundo ele, os soldados atribuíam os seus sintomas aos equipamentos carregados nas costas, “ou diretamente por suas contusões nas costas ao marcharem, ou indiretamente pela perspiração desta parte, com o vento soprando nelas após a retirada do equipamento (...) ou à marcha rápida e prolongada”.⁴⁶ Mas eles estavam errados, diria Stillé. Em primeiro lugar, a condição destes soldados não era orgânica, pois não estava associada nem a sopros nem à hipertrofia. Na verdade, a causa era um “estado de extrema exaustão, especialmente quando produzida por esforços musculares violentos e prolongados” e “um efeito da debilidade muscular do coração, ou deste órgão junto com o sistema muscular”, observou Stillé.⁴⁷

Os artigos que começavam a surgir nos jornais médicos, sempre apresentavam o mesmo curso: no princípio, febre ou diarreia, e, logo, começavam as crises de palpitação. As crises cardíacas poderiam começar subitamente, sem o sinal de qualquer sintoma anterior. Do outro lado do oceano aventaram a hipótese de que a causa desta perturbação cardíaca estava nos seus equipamentos pesados.

Embora os soldados atribuíssem, geralmente, as suas próprias condições a outros fatores além dos equipamentos, como ao longo tempo de marcha, à debilitação geral provocada pelas diarreias constantes e às friagens severas, à alimentação inadequada, à falta de sono e às dificuldades de combate, médicos, como o militar britânico Arthur B. R. Myers, consideravam a obstrução da circulação sanguínea, causada pelas roupas e por equipamentos apertados, como a causa principal de tais afecções cardíacas (MYERS, 1870, p. 87).

1.4 O peso legítimo: as mochilas como fatores etiológicos da irritabilidade cardíaca britânica

Observe novamente este homem abotoado até a garganta; seu pescoço ainda está fechado por um couro duro, apesar de tudo o que já foi dito condenando tal colarinho maldoso e cruel. Olhe como ele está sobrecarregado; observe como o peso está disposto em oposição

⁴⁶ Ibid. p. 18-19, tradução nossa.

⁴⁷ Ibid. p. 19, tradução nossa.

direta a cada princípio da mecânica. Vamos supor um exército, ou uma divisão, vestido tal como este homem está – em obediência estrita (...) à letra do regulamento – é esperado pelo general em comando que se faça uma marcha rápida sobre o solo quebrado e difícil. (...) Poderiam os homens dificultados e sobrecarregados como este está, realizar suas tarefas em tal operação? Sem dúvida, não. Caso eles lutassem, [só haveria] tempo de testemunhar e compartilhar uma derrota desastrosa. (...) A condenação deste sistema deveria ser completa.

General William Campbell Maclean

Em 1864, o governo britânico se interessou pelo “mal cardíaco” que assolava as tropas acantonadas em território estrangeiro. Então, foi criada uma comissão para investigar a causa do mal mencionado. O General William Campbell Maclean, em “*The Army Medical Report*” (1864), trabalha com a noção de ação desordenada do coração, cuja causa seria de natureza funcional, descartada uma causa orgânica. Ora, mais uma vez reafirmamos que, no estágio científico da época, não havia a noção de psicogênese. Perfilando-se na corrente defensora de uma causa funcional, Maclean não poderia mencionar o pavor das tropas envolvidas nas guerras levadas a cabo pelo Império Britânico. Daí porque o principal fator causal apontado foi o peso. Certamente, não o “peso” do remorso por suas ações em nome da Rainha Vitória. Maclean referia-se aos “apetrechos” que os soldados eram obrigados a carregar nas costas durante as longas marchas, a saber: relógio, casaco de campanha, cantil, munição, quepes (dezenas), mochila, baioneta, rifle, comida para três dias e manta.

No ano de 1867, analisando cinco mil e quinhentos registros de soldados dispensados no período 1863-1866⁴⁸, Maclean expôs alguns dados brutos no *British Medical Journal*. Sete por cento das doenças (492 casos) eram cardíacas, responsáveis por 463 dispensas.⁴⁹ Maclean não encontrou nas listas médico-militares um enquadramento coerente com a noção de causa funcional. Assim, embora o peso do material não trouxesse nenhum dano visível para as válvulas, Maclean enquadrou os casos por ele tratados na categoria de “casos de doença valvular”. Ora, mas por que, se “doença valvular” insere-se na categoria de doenças

⁴⁸ Maclean (1867).

⁴⁹ A organização de hospitais com o objetivo de receber os combatentes doentes e feridos foi fundamental tanto na Guerra Civil dos EUA quanto no Reino Unido. Da mesma maneira que Jacob Da Costa foi favorecido pela concentração dos acometidos de palpitações no *Turner J. Lane Hospital* (examinado mais à frente), William Maclean e Arthur Myers se beneficiaram de tal concentração no *Royal Victoria Hospital*, em Netley.

orgânicas? A resposta foi fácil. Maclean escreveu que as nomenclaturas do serviço militar não tinham um nome que incluísse “coração irritável (...) aquela ação rápida e tumultuosa tão comum entre os soldados”.

Outro médico britânico, Arthur B. R. Myers, deu prosseguimento à “linha de pesquisa” iniciada por Maclean. Em 1870⁵⁰, Myers apresenta extensa pesquisa das síndromes cardíacas (de causas orgânicas) no Hospital Militar de Netley, cidade na região de Hampshire, classificando-as como: 1) doença valvular; 2) doença cardíaca hipertrófica; 3) aneurisma. Trabalhando com a mesma categoria de ação desordenada do coração (ADC), Myers partilha da opinião de Maclean, contrária a existência de uma causa orgânica. Assim, Myers sustentou que a ADC era provocada pela combinação do uniforme com os equipamentos, agravada pelo ambiente, obstruindo a circulação sanguínea devido à pressão sobre o tórax. Myers resume a seguir: inicialmente, ocorre o aumento da pressão sobre o coração, causando neste uma ação violenta e desordenada, e por sua vez, impossibilitando a execução da tarefa por parte do soldado. Myers raciocina: num homem mais forte, a pressão deveria agir durante um período mais longo, resultando na hipertrofia do ventrículo esquerdo (MYERS, 1870).

Os termos utilizados para descrever a ação do coração eram dois: “irritabilidade” e “excitabilidade”. O esfigmomanômetro⁵¹, para Myers, é indispensável na detecção da doença (MYERS, 1870). Os temas presentes tanto nos trabalhos de Maclean, quanto no de Myers, eram semelhantes: materiais, peso, desenho e a durabilidade do uniforme, equipamentos apertados, efeitos do exercício, postura e manutenção sem movimento enquanto carregavam a mochila, marcha, efeitos do calor e do frio, desidratação. Todos estes fatores contribuíam para o surgimento de uma doença cardíaca.

Em seu livro “*On the etiology and prevalence of diseases of the heart among soldiers*” (1870), Myers revisa os registros dos soldados com coração irritável no período 1863-1869. Esses soldados tinham uma média de idade de trinta anos e a incidência de doenças cardíacas diminuía com a idade. Havia mil seiscientos e trinta e cinco inválidos por esta doença em estações estrangeiras; vinte e quatro morreram em Netley; mil trezentos e vinte e dois foram

⁵⁰ Myers (1870). Este ensaio foi revisado no “*British and Foreign Medico-cirurgical Review*” (BIBLIOGRAPHIC RECORD, 1871, p. 414-17). Neste relatório, atentou-se ao fato de que as doenças cardíacas acometiam mais os militares do que os civis. Além disso, a taxa de mortalidade era mais alta entre os soldados retidos no serviço do que no grupo dispensado. Novamente, foi dada grande ênfase ao aperto do uniforme e ao peso dos equipamentos. As recomendações incluíam o alargamento do período de treinamento e a redução do peso dos equipamentos durante as marchas.

⁵¹ Segundo Wooley (2002) a introdução do esfigmomanômetro (instrumento capaz de detectar o pulso e a pressão sanguínea) como ferramenta de diagnóstico e identificação das síndromes funcionais do coração representa a primeira aplicação da tecnologia nos debates sobre síndromes funcionais do coração.

dispensados do serviço militar; duzentos e setenta e seis retornaram às obrigações, e treze permaneceram sob tratamento.

Myers mostrou que havia diferenças etiológicas nos problemas cardíacos em soldados e na população civil. No primeiro grupo, a incidência estava muito mais associada com as causas conhecidas, como o reumatismo, a doença de Bright e o trabalho manual “violento”. Já nos soldados, o raciocínio de Myers é o mesmo de Maclean: as principais causas são o uniforme, a mochila e os equipamentos.

A preocupação com a diferenciação entre doença funcional e orgânica continua. A funcional era mais prevalente nas tropas que haviam estado na Índia, atribuindo-se a este fato, principalmente, o forte calor da região. Ele observou que os soldados se sentiam perfeitamente bem antes de deixarem seu país, não tendo qualquer sensação de desconforto em seu peito. Mas, quando o soldado colocava sua túnica e outros itens, e começava a marchar, os sintomas ocorriam com mais ou menos violência, sempre acompanhados de sensação de aperto no peito, dificuldade para respirar, tonteiras e zumbidos no ouvido.⁵²

1.5 Jacob Mendez da Costa e a legitimidade da síndrome do coração irritável

Quando a mão é aplicada à região pré-cordial, ou se nota um rápido pulso de uma maneira regular, ou ela leva ao entendimento da irregularidade do ritmo do órgão irritado. Algumas vezes poderia se perceber dois sons vindos do coração.

Jacob Mendez Da Costa - 1871

O respeitado médico da Filadélfia Jacob Da Costa se pronunciou (ainda que de forma equivocada) sobre o exagero de seus pacientes. Em 1871, disparou: os soldados “[n]ão são mais como os exércitos antigos, (...) como os romanos que tinham de carregar um peso esmagador”.⁵³ Da Costa, no entanto, discordava das hipóteses etiológicas sugeridas pelos britânicos a respeito das mochilas. Na verdade, suas pesquisas são distantes do registro em que outros médicos se inserem. Há um ponto de ruptura entre as suas formulações e as

⁵² Ibid. p. 29.

⁵³ DA COSTA, op. cit., nota 10, p. 38, tradução nossa.

apresentadas anteriormente. Uma das possíveis razões desta diferença reside no fato de que ele se preocupou em estudar cuidadosamente sua casuística, a acompanhar os pacientes mesmo depois de anos após o primeiro atendimento e, enfim, criar ideias e articulá-las com outras contemporâneas sobre o que poderia ser aquilo que acometia os combatentes que chegavam ao hospital.

Long (2002, p. 35) chama atenção para o fato de que no tempo da guerra civil americana, diversos médicos foram responsáveis por criar o que deveria ser entendido como uma doença socialmente aceitável e, neste rol de médicos, certamente podemos encaixar Da Costa. Deste modo, como as doenças ainda “sem forma” estavam sendo moldadas durante a guerra, os discursos destes médicos ajudaram transformar uma sintomatologia “obscura”, passível de ser julgada moralmente, em algo compreensível e tratável, aceita como patologia, bem como passível de ser vivenciada como tal pelos próprios pacientes.

Dadas as condições moralistas da época, que reduziam o sofrimento dos soldados a mera covardia, a criação da nova taxonomia de Da Costa, ainda que marcada pelo reducionismo do mal à mera disfunção cardíaca – isto é, a despeito do desprezo os fatores ambientais na causação da doença -, constituiu-se numa abordagem diferente das anteriores. Wooley (2002) destaca que os escritos de Da Costa são importantes, pois resultam num *corpus* coerente, assimilando o melhor das disciplinas descritivas, dedutivas e analíticas da era do diagnóstico físico. Ele ressalta que o artigo “*On the irritable heart*” (1871) escrito por este médico pode ser considerado um marco no estudo das doenças cardiovasculares e uma tentativa importante de iluminar o reino obscuro das doenças funcionais. Já Jarcho (1959) destaca a relevância deste mesmo artigo sob o viés histórico, enfatizando que ele é um bom exemplo da forma como eram conduzidas as pesquisas clínicas no século dezenove, pautadas, predominantemente, por métodos simples de exame físico, pelo histórico do paciente e sem o recurso laboratorial.

O coração irritável foi mencionado pela primeira vez no livro de Da Costa “*Medical Diagnosis*”, publicado em 1864.⁵⁴ Sua primeira edição é dividida em sessões voltadas para os sinais e sintomas pertinentes a cada sessão particular. Os sintomas cardíacos eram divididos em duas categorias: gerais e locais. Sintomas gerais eram edemas generalizados, sendo efeitos de um desarranjo da circulação. Já os sintomas locais eram aqueles diretamente relacionados ao coração (dor e palpitação).

⁵⁴ Re-editado em 1901.

Para Da Costa, as doenças orgânicas do coração eram classificadas sobre uma base estrutural adicionada aos seus sinais patológicos. Por exemplo, uma lesão que afetava as paredes do coração, produzindo inflamação das membranas cardíacas, das válvulas ou do pericárdio. Por outro lado, caso não fosse possível encontrar nenhuma alteração estrutural subjacente aos sintomas, tal doença seria enquadrada como síndrome funcional cardíaca. Em outros termos, às palpitações que não tivessem associadas à uma lesão era associado uma mecanismo somático funcional do coração.

Em 1867, Da Costa⁵⁵ estende suas conclusões à população civil e mais tarde⁵⁶ afirma que tal doença havia tomado proporções inéditas. Os acometidos de tal inquietude cardíaca apresentavam ataques periódicos, embora repentinos, e que podiam durar horas. Os ataques eram “causados por qualquer esforço e podiam ser tão violentos que os pacientes caíam desmaiados no chão”, escreveu Da Costa.⁵⁷ Os sintomas característicos eram palpitações de diversos graus e frequências, dores na região torácica, elevado batimento cardíaco (de 100 a 140 batimentos por minuto), falta de ar, sensação de opressão sob esforço, dores de cabeça, tonteira, perturbações do sono e do descanso, pesadelos. Tais sintomas não constituíam uma doença moral (DA COSTA, 1867, 1871, 1874). A preocupação de Da Costa se restringia a questionar como a doença surgia a partir da exaustão e como poderia produzir alterações orgânicas no coração a longo prazo, caso não fosse tratada.

Entre as causas da síndrome também figuravam outros fatores, tais como “irregularidade ou excesso na comida ou na bebida, distúrbios sexuais, compromissos matrimoniais longos, abuso de chá, café ou tabaco”.⁵⁸ Qualquer fonte de irritabilidade nervosa poderia produzir o coração irritável. Não era uma questão da vontade ou do intelecto, nem tampouco uma doença de ordem mental. O que estava em discussão era um músculo sensível, fraco, que, munido de um mecanismo de bombeamento, mantinha ativa a circulação do sangue e poderia ser sobrecarregado como qualquer máquina do século XIX.

⁵⁵ Da Costa (1867).

⁵⁶ Id. 1874. On strain and over-action of the heart, n.279. In: *Smithsonian Miscellaneous Collections*, vol. 15. Washington, 1878. [Palestra conferida em 14 de maio de 1874.] p. 1-28.

⁵⁷ Id., op. cit., nota 10, p. 22, tradução nossa.

⁵⁸ DA COSTA, 1874, p. 9, tradução nossa.

Dos trezentos soldados jovens que Da Costa examinou no *Turner J. Lane Hospital*⁵⁹, duzentos tinham a síndrome do coração irritável. Geralmente, eles tinham um histórico de diarreia crônica, vinham de longas marchas e padeciam de desnutrição. Como já foi dito, tratando do termo “irritável”, Da Costa filiava-se a uma tradição secular que explicava as doenças como consequência da irritação dos nervos. Mas, no caso da síndrome do coração, ocorria uma “hiperestesia das fibras nervosas sensoriais”⁶⁰, causada por um distúrbio dos elementos simpáticos do plexo cardíaco. Tratava-se de uma *neurose cardíaca*. Assim, a irritação nervosa começa num lugar e chega ao coração. Ele explica:

Parece mais provável que centros nervosos específicos, próximos à base do coração, que são responsáveis pelos movimentos rítmicos normais do órgão, são estimulados e, considerando a conexão íntima desses gânglios com o simpático, temos a explicação do modo como sua função pode ser estimulada através da irritação refletida a eles oriunda dos gânglios abdominais ou de outro lugar (DA COSTA, 1871, p. 40, tradução nossa).

Da Costa não enfatizou o peso dos equipamentos como causa da aflição cardíaca dos soldados. Não mencionou o terror enfrentado no *front*, nem tampouco traumas psicológicos. No entanto, abordou brevemente a relação entre as emoções e o coração. Ele escreve: “todos sabem que existe um sentimento de aperto no peito, com uma respiração ofegante e uma sensação estranha, como se o coração fosse pular (...). A noção popular de que o coração é a sede das emoções está baseada nessas evidências flagrantes de sua ação perturbada” (DA COSTA, 1863, tradução nossa).⁶¹

Para dar suporte à interpretação de que o importante era a irritabilidade do músculo – e não as emoções - Da Costa apóia-se em Charles Handfield Jones [1819-1890], médico britânico que contribuiu para a histologia e a teoria das doenças funcionais do sistema nervoso. Segundo Jones, a hiperestesia cardíaca (quadro semelhante ao descrito por Da Costa) se inseria no quadro mais amplo das neuroses cardíacas, as quais, por sua vez, pertenciam ao quadro das síndromes nervosas funcionais. Para ele, o mal funcional, que tinha como mecanismo central o arco-reflexo, era produzido da seguinte forma: “o tecido nervoso (...) se

⁵⁹ Vale destacar o comentário feito por Jarcho (1959), segundo o qual a atitude do Departamento de Guerra Americano de concentrar maciçamente soldados com os mesmos sintomas de palpitações no hospital *Turner J. Lane* possibilitou a Da Costa a formação rápida da síntese do referido quadro.

⁶⁰ DA COSTA, 1874, p. 11-12, tradução nossa.

⁶¹ Embora Stearns (1994, p. 66) afirme que as concepções humoralistas do século XVIII ainda estivessem presentes nas concepções novecentistas sobre o coração, é certo que, gradualmente, a percepção médica da doença cada vez mais fosse moldada pelo fisicalismo.

torna mais excitável e móvel na medida em que o poder [energético] se torna mais fraco (JONES, 1868, p. 44, tradução nossa).

Segundo Da Costa, o “conhecimento acurado das doenças do coração pertence aos nossos tempos” (1871, p. 18, tradução nossa). Portanto, acreditamos que foram as mudanças na percepção médica, em geral, proporcionadas pela invenção do estetoscópio e a anatomia-patológica, que propiciaram o campo epistemológico propício à percepção do *coração irritável*. Pode-se adicionar o fato de que a voz dos pacientes – as narrativas subjetivas em primeira pessoa – perderam a força com a erosão do modelo anterior da medicina, sendo gradativamente substituídas pelo som cardíaco.

O estetoscópio era a base em que os médicos se apoiavam para legitimar as queixas de seus pacientes como doenças legítimas. Não mais as suas reclamações. O som vindo do coração – no lugar das narrativas faladas - era uma espécie de dado objetivo em que o médico poderia, enfim, confiar. Para interpretar esses sons e senti-los apropriadamente, era necessário um grande aprendizado, inserindo-se no movimento da medicina novecentista. Era necessária uma *prontidão* - um condicionamento, tal como Fleck (1979) sugere - do médico para perceber a vulnerabilidade cardíaca.

Para Kugelmann (2009), a percepção médica só conferiu ao coração irritável um estatuto nosológico porque as questões presentes em pauta eram as narrativas sobre esforço, fadiga e cansaço. Para este autor, esse fisicalismo não era unânime e absoluto na visão médica, já que o ambiente cultural que produziu o coração irritável assumiu muitas vezes um estilo de pensamento mais ligado à *Ilíada* do que à tradição da medicina moderna. Assim, sendo uma doença funcional, o coração irritável ora ocupou um espaço no físico, definido pelo olhar médico, ora foi situado na dimensão moral (definido por raça, caráter e temperamento), como vimos atrás.

Qual seria, então, o significado do coração no contexto da guerra civil americana? De fato, este órgão seria uma mescla de carne, coragem⁶², covardia. O soldado palpitante, contudo, ganhava outro nome a partir de Da Costa: ele estava acometido da síndrome do coração irritável e poderia, finalmente, sair do rol dos efeminados ou dos “*malingers*”. O coração irritável, justamente por oscilar entre teorias que o rotulavam de coração-coragem-covarde-moral, ou de coração-bomba-máquina-médico, foi explicada por Da Costa como sendo uma doença, em particular, como uma doença funcional. Foi assim, portanto, que os combatentes se livraram da acusação de covardia. Para Da Costa, o que estava em pauta não

⁶² Vale lembrar, ambas as palavras em português, coragem e coração, derivam de uma mesma: *cor* em latim.

era mais o caráter pessoal ou uma suposta falta de patriotismo dos soldados: eram as resistências elásticas do coração, uma bomba irritada.

Mas quais motivos teriam levado os soldados a descrever os seus sintomas em termos físicos, abstraindo a realidade ao seu redor? Esta foi a pergunta que Kugelmann (2009, p. 92) fez recentemente. Pensamos que as ideias de Shorter (1992) aproximam-se da resposta. Ele afirma que a cultura é o fator decisivo para legitimar a definição do que seja doença, salientando que os sintomas *legítimos* das doenças são aqueles em se pode achar uma base orgânica subjacente. Desta forma, o paciente com um nervo irritado, por exemplo, não mais poderia ser considerado fingido. Talvez tenha sido por este motivo, que a linguagem fisicalista era comum tanto aos médicos, quanto aos pacientes.

Pensamos, então, que a cultura médica novecentista favoreceu as *expressões* sintomáticas cardíacas. Embora Shorter (1992) não tenha analisado especificamente a irritabilidade cardíaca, sua análise é pertinente porque enfatiza os modos (influenciados pelas narrativas e crenças médicas vigentes) através dos quais certas produções sintomáticas podem ocorrer ou não. Igualmente útil à presente reflexão é a ideia de Rosenberg (1989), segundo a qual, ao longo da história médica do século XIX, com o objetivo de transformar o estatuto das categorias nosológicas sem lesão em legítimas especulou-se a respeito de uma base somática (ainda que não detectável). A síndrome do coração irritável não foge a esta regra, pois só foi vista como doença após receber um mecanismo causal somático (ROSENBERG, 2002, p. 193-4).

1.6 Pós-1865: Uma Trama na Nosologia

O turbilhão da guerra passou. O mal-estar e os seus sintomas típicos, contudo, permaneceram no cenário clínico. Até mesmo com mais destaque, pode-se dizer. O coração ainda está no cerne de investigações médicas, como se pode observar em algumas obras, tais como “*Principles and Practice of Medicine*”, escrito por Austin Flint [1812-1886] em 1868, e nos trabalhos de George Beard. Flint trata da ação desordenada do coração, utilizando uma grande variedade de termos descritivos; entre a grande quantidade encontrada em seu livro (FLINT, 1868), destacamos “arritmias”, “coração tumultuoso”, “coração extremamente irregular”, “batimento cardíaco violento”, “sucessão rápida de contrações sistólicas com período vagaroso”, “paroxismos tão grandes que o coração parece estar afetado com uma

espécie de insanidade”. A maior parte destas expressões liga-se à ideia de “astenia nervosa”, afecção associada às palpitações. O seu sintoma principal seria a debilidade do organismo produzida pelo desgaste do sistema nervoso, comum “em pessoas ansiosas e predispostas à preocupação, exaustão, seguida da excitação mental prolongada e do esforço físico”, sendo também “prevalente em uma grande quantidade de soldados durante a guerra civil, apresenta excessiva e persistente palpitação, geralmente, seguida por dispênia pela deficiência de doença do coração supostamente orgânica”.⁶³

A sugestão do termo “astenia nervosa” veio de Fordyce Barker⁶⁴, mas tanto a ideia de astenia (*falta*), quanto de “estenia” (*excesso*), já havia aparecido um século antes na fisiologia de William Cullen [1710-1790] e na patologia clínica de John Brown [1735-1788]. No espírito do presente trabalho, estaríamos equivocados se equiparássemos a “astenia” ou a “estenia” de Cullen e Brown com as de Flint, ou, como veremos, com a de Beard. Embora Flint tenha buscado entender como a fraqueza nervosa, ou a deficiência de seu suprimento, configurada inicialmente como uma doença funcional, poderia resultar numa doença orgânica do coração, não se deve deixar de considerar o contexto cultural em que suas buscas se inserem. Ora, o fim do século dezanove, conhecido também como o *fin-de-siècle*, foi profundamente marcado por transformações específicas ocorridas nos âmbitos social, tal como a implantação de fábricas – provocando o que alguns autores (RABINBACH, 1990, SCHIVELBUSCH, 1980) chamaram de “fadiga industrial -, a crescente troca de informações e de pessoas entre os continentes europeu e americano através do transporte marítimo, bem como pela construção da malha ferroviária em ambos os continentes.

É importante ressaltar que a construção da malha ferroviária foi um dos marcos mais importantes de modulação da subjetividade deste período. Schivelbusch (1980) aponta que a possibilidade de se andar de trens, neste período, por mais que possa parecer aos olhos atuais um fato comum, catalisou mudanças dramáticas no modo de vida das sociedades ditas industrializadas, alterando profundamente a percepção das pessoas no que se refere a noções de espaço, de tempo, bem como as de autonomia, de velocidade e de risco. O autor sugere também que a introdução do andar de trem na vida das pessoas foi determinante no modo como as pessoas passaram a inclusive sofrer de determinadas patologias, assunto este que será abordado mais à frente neste capítulo.

⁶³ Flint, 1868, p. 337, tradução nossa.

⁶⁴ Ibid. p. 739.

Ora, neste contexto surge uma literatura médica voltada especialmente para as doenças ditas da “vida moderna”. Um autor que se destaca neste âmbito é o nova-iorquino George Beard [1839-1883] que, em 1869, escreve “*Neurasthenia and nervous exhaustion*”, obra que pode ser considerada a mais importante referência nos trabalhos que tratavam das patologias derivadas do cansaço neste período. Beard era um clínico de grande nome, sendo uma autoridade na área da investigação da neurastenia. Este trabalho de 1869 provocou um impacto na teoria e na prática médicas das duas últimas décadas do século XIX⁶⁵, muito embora, a princípio, o artigo de Beard não tenha causado muito interesse em seu próprio país. No entanto, como ele próprio observou posteriormente, no continente europeu, ao contrário, suas ideias repercutiram, recebendo críticas, sugestões e comentários de outros médicos do outro lado do oceano (BEARD, 1880).

Nos tempos de Beard, a preocupação (médica e popular) com o cansaço está disseminada no imaginário urbano dessa época (RABINBACH, 1990). As próprias ideias que Beard investiga já estão, portanto, profundamente impregnadas nas investigações médicas. Verifica-se isto, por exemplo, nas preocupações de Benjamin Richardson, as quais, vale notar, são muito semelhantes às de Beard. Em 1869, mesmo ano da publicação do primeiro trabalho de Beard sobre a neurastenia, Richardson disserta a respeito das doenças que afetavam as pessoas educadas, ambiciosas, esforçadas, infatigáveis trabalhadores mentais, acometidas por um dos piores tipos de doença. Benjamin se referia, aqui, à neurastenia. Alguns anos depois, em 1876, ele voltaria a tratar do assunto, escrevendo a respeito do modo como o ritmo acelerado da vida urbana poderia afetar a saúde. O livro, intitulado “*Diseases of modern life*”, trata do *coração partido* (uma espécie de doença derivada da condição neurastênica), que afligiria homens e mulheres – em sua maioria jovens – submetidos a uma vida artificial e antinatural. Ele escreve: “[esses jovens] sacrificavam suas forças até a exaustão, tanto da mente como do corpo, onde nem o sono nem a vigília dão condições ao trabalho cardíaco” (RICHARDSON, 1876, p. 128, tradução nossa).

Em 1873, no trabalho de Maurice Krishaber [1836-1883], surge uma categoria onde o coração se destaca. O francês escreve “*De la nevropathie cérébro-cardiaque*”, onde trata de trinta e oito casos de “neurose cérebro-cardíaca”. Depois de criticar a inadequação das

⁶⁵ Em *Clinical Lectures on Neurasthenia*, de Thomas Savill (1899), analisou o progresso científico sobre o assunto. No final desse texto, uma lista intitulada “contribuições mais importantes sobre neurastenia” incluía 127 referências sobre neurastenia oriundas de Viena, Alemanha, França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Os títulos das comunicações listadas frequentemente incluíam termos ou modificadores, tais como neuroses, histeria, dispepsia e neurastenia traumática ou sexual. Os programas de tratamento incluíam o uso de terapia médica, brometos e eletroterapia, além do programa de cura de Weir Mitchell para a neurastenia que incluía descanso absoluto, dieta com nutrição reforçada, massagem e tratamentos elétricos.

categorias de “nervosidade”, “neuropatia proteiforme” e “estado espasmódico”, ele divide os sintomas que afetavam as sensações, os movimentos e a circulação. Ele também não é adepto das teorias etiológicas sobre a histeria, a hipocondria e as síndromes cérebro-vasculares, sugerindo que, no lugar destas, deveria ser priorizado o entendimento da instabilidade patológica dos vasos sanguíneos provocada pela labilidade do sistema cardiovascular.

Ele chegou a esta conclusão a partir de sua experiência com pacientes em cujo padrão sintomatológico destacava-se: ansiedade, vertigem, palpitações, zumbido, tremores, sintomas gastro-intestinais (náusea, indigestão e diarreia), foto-fobia e falta de concentração. A terapêutica utilizada por ele (por incrível que pudesse parecer frente ao que outros médicos apontavam na época) tinha como base a cafeína.

Na década de 1880, aumenta progressivamente a preocupação dos médicos com as diversas condições patológicas ligadas à neurastenia. Curiosamente, nos anos 1860, a categoria “neurastenia” e a “síndrome do coração irritável” haviam sido descritas como entidades separadas. Entretanto, conforme as ideias de Beard ganham força no cenário clínico euro-americano, diversas condições que antes eram descritas distintamente começaram a ser re-desenhadas, como, por exemplo, a síndrome do coração irritável. É interessante observar que este processo ocorreu num período em que as distinções entre cérebro e coração estavam sendo reformuladas e constituídas como campos profissionais bem distintos; de um lado a cardiologia, de outro a neurologia. A partir daí, no entanto, houve uma espécie de cruzamento, uma mistura de definições, que dificultavam bastante a compreensão dos limites entre uma doença e outra.

No *Annual Meeting of British Medical Association*, ocorrido em fins de julho de 1885⁶⁶, J. Strahan escreveu sobre a neurastenia e sua rica sintomatologia, incluindo a irritação do coração. Após revisar as principais contribuições já feitas sobre esta patologia, ele ressalta a importância de Beard como o responsável por transformar a “variedade de sintomas num todo inteligível” (STRAHAN, 1885, p. 435, tradução nossa). Em seguida, ele repete o entendimento dominante que se tinha sobre a neurastenia: uma condição de desgaste do todo ou de alguns centros nervosos, onde não há (a olho nu ou sob o microscópio) qualquer lesão do cérebro ou de qualquer parte da espinha dorsal. Segundo Strahan, os sintomas de palpitação estavam quase sempre presentes nas condições neurastênicas, de modo que a

⁶⁶ Segundo o artigo “*Fifty-Third Annual Meeting of the British Medical Association*”, publicado no *British Medical Journal*, 1885, vol.2, p.299, esse encontro ocorreu entre os dias 29 e 31 de julho de 1885.

ausência do suprimento nervoso adequado era a causa das perturbações do aparato cardíaco. Este artigo fornece os indícios de uma fusão entre a neurastenia e o coração irritável.

Mas o responsável por tal fusão foi mesmo o eminente cardiologista William Osler⁶⁷ [1849-1919]. A relação da palpitação com a neurastenia produziu uma fusão de dois grandes temas da medicina, introduzindo o gênero feminino nesta equação. Tal adição fez com que o coração irritável - inicialmente descrito como uma doença de homens jovens – fosse expandido para o gênero feminino. Osler estava profundamente interessado no assunto e em 14 de abril de 1887, no Canadá, apresentou suas descobertas a respeito do coração irritável na vida civil. Sua palestra foi realizada na *Medical Society of Toronto*, com o título de “*Irritable heart in civil life*”. Ele reconhece a importância das contribuições de Da Costa e enfatiza (mais do que o próprio Da Costa) que o coração irritável também ocorre na vida civil. Neste período, ele estava muito interessado nos diversos temas de distinção entre síndromes cardíacas funcionais e orgânicas. Segue uma parte de sua palestra:

Essa condição, embora não seja tão perigosa à vida como uma doença orgânica, geralmente produz grande desconforto e preocupação. Os sintomas principais são palpitação, dor, dispnéia e pequeno aumento do órgão. A condição é comparável ao coração irritável mencionado por Da Costa, ocorrido na vida militar, particularmente entre recrutas jovens.

Em consideração à condição sob consideração, a seguir está a classificação etiológica: 1. Casos tóxicos. 2. Aqueles traçados ao esforço em excesso. 3. Aqueles devido ao excesso sexual. 4. Aqueles acompanhados por neurastenia.

Os agentes tóxicos que produzem o coração irritável são tabaco (o mais comum), chá e café. Homens jovens de 18 a 25 anos são mais frequentes aos assuntos do coração irritável. Geralmente, ocorre um pequeno aumento do órgão e os sintomas que o acompanham são palpitação sob esforço, mais ou menos dor e, em algumas ocasiões, dispnéia (OSLER, 1887, p. 156, tradução nossa).

Os principais pontos no tratamento eram a remoção das causas, descanso na cama e brometo de potássio.

O coração irritável produzido por esforço, também conhecido como choque do coração ou pressão cardíaca, é encontrado em atletas, como corredores, remadores etc. Existem duas formas de pressão cardíaca:

1. A dilatação aguda (choque cardíaco) é resultado de grande e continuado esforço individual. Nestes casos, nunca ocorre uma recuperação perfeita e os indivíduos, posteriormente, ficam incapacitados de realizar qualquer grande esforço.

⁶⁷ Sob o ponto de vista histórico, as contribuições de Osler são muito importantes, conforme mostraremos no capítulo seguinte, durante o período da I Guerra Mundial.

2. O coração irritável é resultado de grandes esforços persistentes e repetidos. Essa é a condição descrita por Da Costa, tal como ocorreu com soldados jovens. A hipertrofia gradual e a dilatação podem preceder a irritabilidade. Essas condições são classificadas em certas ocasiões sob o título de hipertrofia e dilatação idiopática. O edema cardíaco e os sopros podem ser sintomas. Alcoolismo crônico e sífilis, assim como excesso de esforço, entram na causalidade. (...) Os casos de coração irritável, que ocorrem em consequência da neurastenia, são quase duas vezes mais frequentes em mulheres do que em homens. Eles são acompanhados por sofrimento mental, fraqueza, dispepsia nervosa, e, nas mulheres, por doença uterina. Geralmente, existe uma perturbação vasomotora peculiar, causando vermelhidão de várias partes da superfície da pele. Um sentimento de morte iminente é o principal sintoma em alguns casos. Outras duas condições, taquicardia, em que as pulsações alcançam 180-200, e a doença de Graves, são formas de coração irritável. (OSLER, 1887, p. 156, tradução nossa)

Em 1892, Osler publica *“The Principles and Practice of Medicine”*. No capítulo *“Diseases of the heart”*, ele retorna ao tema do coração irritável. Ele faz referência à *“síndrome de Da Costa”*, em que os *“sintomas principais são palpitação com alta frequência do pulso sob esforço, uma quantidade diversa de dores cardíacas e dispnéia”* (OSLER, 1892, p. 649, tradução nossa). Comentando este texto, Wooley (2002) observa que há uma concomitância de visões mais antigas sobre as patologias do coração e uma inserção de conceitos novos, como o de neurastenia. É válido notar que, ao mesmo tempo em que ele aborda o coração irritável de Da Costa, como uma neurose ou como uma forma de neurastenia cardíaca, a seção sobre as *“neuroses do coração”* é muito semelhante à organização e à classificação feitas por cardiologistas da década de 1830, como Laennec e James Hope, que incluem uma apresentação detalhada de *“palpitação”*, seguida por *“arritmia”*, *“taquicardia”*, *“bradicardia”* e *“angina pectoris”*.

Segundo Osler, as palpitações deviam ser rigorosamente limitadas às ações irregulares e forçadas do coração *perceptíveis* ao indivíduo. Além da regra da época - a palpitação como um fenômeno de ordem nervosa - Osler destaca o papel da consciência do indivíduo sobre as suas próprias perturbações, já que *“a ação mais violenta e a irregularidade mais extrema podem ocorrer sem que o elemento subjetivo da consciência do distúrbio constitua a característica essencial da ‘palpitação’”* (OSLER, 1892, p. 649, tradução nossa).

A neurastenia é incluída no rol das *“doenças do sistema nervoso”* e considerada a contraparte física da insanidade. *“Nenhuma linha clara pode ser definida entre neurastenia, histeria e hipocondria”*, afirma Osler (1892, p. 978, tradução nossa). Segundo ele, existiam vários tipos de neurastenia. Nos casos em que os sintomas cardiovasculares eram mais importantes, ele destaca as palpitações do coração, a ação rápida e irregular do coração, distúrbios vasomotores e dores na região cardíaca. Assim, ele as dividiu da seguinte forma: 1) palpitação como sintoma de condições como neurastenia e histeria; 2) palpitação resultante da

ação de certas substâncias sobre o coração, como tabaco, café, chá e álcool; 3) palpitações provocadas por distúrbios orgânicos do coração. O tratamento enfatizava medidas higiênicas, administração de dietas com abstinência de estimulantes, exercício moderado e proibição do fumo. Para os ataques de palpitação que ocorrem com a neurastenia, particularmente em mulheres, ele afirma: “um rígido método Weir-Mitchell é o mais satisfatório”.⁶⁸

A respeito da neurastenia em geral, é interessante notar que nos trabalhos de autoria de Da Costa e Osler, o mal-estar intenso é tratado não mais como um mal-estar vivenciado única ou majoritariamente pelos soldados da guerra civil norte-americana, pois estaria disseminado na vida civil. Num texto de Da Costa publicado em 1874, podemos constatar tanto a ênfase sobre a importância da fraqueza nervosa como agente etiológico da irritabilidade cardíaca, quanto o surgimento de um outro grupo de ideias no cenário nosológico do fim do século. Esse artigo foi escrito como reação à exposição de Allbutt na *Clinical Society of London*, em 28 de fevereiro de 1873, em que tratou do trabalho pesado, feito sem amor⁶⁹, e suas consequências na saúde dos trabalhadores.

Nessa reunião, os médicos presentes comentaram os seus próprios casos. O cirurgião Arthur Myers, por exemplo, enfatizou os perigos que a atividade esportiva exagerada poderia causar no coração dos jovens. Myers preferia prevenir a remediar. Neste sentido, uma medida bastante útil seria ensinar aos jovens a moderação, ou ao menos a checagem cardíaca, em casos onde pudesse existir alguma propensão ao desenvolvimento de doenças cardíacas, como irritabilidade ou hipertrofia (HEWETT, 1873, p. 300). Os presentes também se mostraram favoráveis aos esportes nas universidades, desde que fossem tomadas precauções. Conforme assinalou o médico John Ogle, muitos estudantes possuíam órgãos delicados (HEWETT, 1873, p. 300).⁷⁰ Robert Farquharson alertou para o fato de que não somente os trabalhadores sofriam deste tipo de síndrome, já que ela também estava presente na chamada alta classe. Entre as pessoas ricas, era possível constatar como os efeitos do álcool, do tabaco e do café, além das preocupações da mente e o excesso de trabalho, as predispunham às doenças cardíacas.

⁶⁸ Ibid. p. 654, tradução nossa.

⁶⁹ Abordou-se isso no início deste capítulo.

⁷⁰ Nas últimas décadas do século XIX há grande preocupação na Grã-Bretanha com os riscos cardíacos envolvidos na realização de esportes. Por um lado, se a medicina dos anos 1880, estava preocupada com os danos causados pela hipertrofia cardíaca, a cardiologia “moderna”, nos 1940, enfatizava os benefícios que os esportes trazem aos praticantes. Para conferir a mudança de atitudes médicas frente às relações entre exercício físico e esportes, cf. o excelente artigo de Heggie (2009).

Mas em seu texto de 1874, Da Costa refere-se à possibilidade de se relacionar um choque emocional com o surgimento do coração irritável. Se em seus textos de 1871 e de 1874, existe uma continuidade no que se refere à importância da fraqueza nervosa como agente etiológico da irritabilidade do coração, em outro plano, verifica-se um corte evidente. Da Costa não se preocupa, tal como os outros médicos presentes na reunião de Londres um ano antes, com as medidas a serem tomadas para que o coração não faticasse ou dilatasse. Neste momento se observa o indício da influência de outro grupo de ideias.

1.6.1 A emergência do trauma patológico do *fin-de-siècle*

Como dissemos, nesse artigo a ênfase não foi posta nos mecanismos específicos da irritabilidade cardíaca, tal como encontramos em seus artigos anteriores. Neste, Da Costa fornece o primeiro indício do surgimento de um novo olhar tanto sobre o coração irritável quanto sobre outras patologias que, de uma forma ou de outra, estão presentes no contexto da vida civil e urbana norte-americana e européia. Apesar de Da Costa não deixar de abordar a fadiga e a consequente irritabilidade do coração, encontramos uma hipótese mais geral acerca da causalidade das perturbações cardíacas. Vejamos o que ele escreve:

Uma emoção mental, agindo pelo sistema nervoso através dos nervos do coração, pode produzir problemas reais, e como a preocupação da vida e a carga dos sentimentos, quando mantidas por muito tempo, pode originar condições que, em linguagem figurada, nós chamamos "coração-cansado" e "desconsolado", e que, não como uma figura de linguagem, mas verdadeiramente, pode ser o começo de uma doença cardíaca real (DA COSTA, 1874, p. 12, tradução nossa).

A ideia que está em questão é o perigo de um *colapso* das funções cardíacas após um choque. É curioso que se comece a falar em "trauma" em 1866, apenas um ano depois do término da guerra civil - e mais tarde, com mais força, na década de 1870, no cenário médico dos EUA e da Europa. A raiz dos motivos para não se mencionar, criar ou enfatizar um mecanismo etiológico como o "trauma" certamente não está na clínica, como veremos adiante.

Embora não se tenha falado em trauma, durante a Guerra de Secessão norte-americana, após os trabalhos de John Eric Erichsen⁷¹ [1818-1896], a ideia de “choque” provocado no sistema nervoso ganhou muita popularidade. A espinha ferroviária era provocada pela “concussão ou comoção espinhal” em acidentes de trem. O livro de Erichsen foi publicado em 1866, mas só a partir da década de 1870 suas ideias foram divulgadas na Europa e nos Estados Unidos.⁷² Sendo assim, ao lado das categorias centralizadas na ideia de neurastenia, emergem, e talvez com força cultural de mesma magnitude, as categorias de “choque traumático”. Tanto as derivadas do “choque” como as do “cansaço” inserem-se no rol de categorias nosológicas para as quais Shorter (1992, p. 191) chama a atenção: as que possuíam uma “organicidade escondida”. Ainda que não se pudesse encontrar causa orgânica definida para elas, especulava-se que sua causa seria uma lesão concreta do tecido corporal.

Erichsen deu um impulso importante na direção de uma grande mudança da visão sobre os acometidos de pavor no fim do século XIX. Em 1894, Charles Dana (1894) ressaltou a influência de Erichsen sobre o imaginário coletivo e médico, apontando-o como um “*epoch-making*”.⁷³ Moyer (1901, p. 151, tradução nossa), cirurgião norte-americano, escreveu: “O termo concussão espinhal, tal como utilizado por Erichsen, há aproximadamente quarenta anos (...), serviu como uma espécie de fundação de uma grande superestrutura que se manteve décadas depois, apesar dos avanços de nosso conhecimento sobre patologia neural”.

Como já dissemos, no centro das explicações de Erichsen para a espinha de ferrovia estava a ideia de comoção ou concussão espinhal. Tais lesões não eram observadas, pois, como se dizia na época, eram mínimas, microscópicas. Algum dia, com o avançar das tecnologias, acreditava-se, as alterações patológicas poderiam ser observadas. Nas palavras de Erichsen: “a cadeia de sintomas surgia dos tremores violentos da espinha, e caracterizavam a *comoção ou concussão da espinha*. Isto produzia uma inflamação crônica das membranas espinhas e da própria medula” (ERICHSEN, 1866, p. 123, tradução nossa). Mais tarde, ele observou:

⁷¹ Neurologista inglês formulador da chamada espinha ferroviária; no idioma inglês: “*railway*” ou “*railroad spine*”.

⁷² Os textos médicos da Guerra Civil não fazem referência à ideia de trauma ou choque, enfatizando o “esforço” como agente etiológico. Porém, a partir dos anos 1870, aparecem no cenário médico diversas síndromes cujo pilar central é a ideia de “choque” como responsável por perturbar o sistema nervoso central. Assim, se na Guerra Civil não havia espaço para o medo, em contexto *fora* de guerra, começa a emergir uma verdadeira miríade de patologias com centro no terror fóbico. Surge em 1871, por exemplo, a agorafobia, descrita pelo alemão Karl Friedrich Otto Westphal [1833-1890] numa comunicação à Sociedade de Neurologia em Berlim. Ele faz a associação entre “ágora” e “fobia”, para descrever o pavor de três homens ao se deslocarem em ruas e praças, ou de permanecerem em locais vazios. Cf. Westphal (1871).

⁷³ Expressão idiomática inglesa sem tradução literal para o português, mas que pode significar uma pessoa especial ou notável, que assume uma função importante ou funda um novo estilo de pensamento.

Os efeitos primários destas concussões ou comoções da espinha dorsal são devidos, provavelmente, às mudanças moleculares em sua estrutura. Os secundários são, principalmente, de caráter inflamatório ou dependem de alterações orgânicas anteriores (ERICHSEN, 1875, p. 15, tradução nossa).

Erichsen não foi o único médico desse período a se dedicar às patologias funcionais surgidas após desastres em ferrovias. Dois outros cirurgiões, seus conterrâneos e discípulos, William Camps e Thomas Buzzard, também haviam escrito ensaios breves sobre o assunto. Por exemplo, as lesões microscópicas são assim descritas por Camps: “a extensão das lesões que podem ser causadas por um acidente de ferrovia não é, em meu julgamento, fácil nem suficientemente compreendida ou apreciada.” (CAMPS, 1866, p. 12, tradução nossa). Enfatizando mais a dimensão da vivência dos acidentados, ele continua:

A destruição da vida e do membro, real, (...) produz tanto em nós a emoção de horror, como também faz parte do sofrimento das infelizes vítimas. Há algo na colisão, o choque, e na violência de uma colisão de ferrovia, que parece produzir efeitos sobre o *sistema nervoso* muito além daqueles [provocados] por uma lesão comum (Ibid. p. 12, itálicos do autor e tradução nossa).⁷⁴

Segundo Caplan (2001), a primeira publicação de 1866 de Erichsen, um livro relativamente pequeno de cento e quarenta e quatro páginas, teve imensa repercussão no cenário clínico da década de 1870. Este período, ele comenta, foi marcado pelos conflitos acirrados entre os interesses dos pacientes, de um lado, e os dos donos das ferrovias, de outro. As visões de médicos como as de Erichsen, assim, tornaram-se fonte de irritação para as companhias ferroviárias e para os advogados e cirurgiões que os representaram em ambos os lados do Oceano Atlântico.⁷⁵

O debate político e judicial se entrelaçava com questões no plano teórico e acadêmico. Isto porque, dependendo da forma como se entendesse a causa da “*railway spine*”, seria dada a razão a um ou outro grupo. Por exemplo, caso fosse dito que de fato ocorreram lesões e hemorragias microscópicas no tecido nervoso dos acidentados, não haveria dúvida: as companhias ferroviárias deveriam pagar pensões aos acidentados. Caso fosse atribuída aos sintomas uma causa “psicológica” (ou como já se dizia nessa época, uma origem

⁷⁴ Cf. também Buzzard (1866).

⁷⁵ O historiador Eric Caplan (2001) cita uma série de artigos para os quais o leitor interessado neste tema poderá se dirigir: Cf. John G. Johnson, Concussion of the Spine in Railway Injuries, *Medico-legal Journal*, vol. I, (1883-84), p. 515. A discussão de Landon Carter Gray, seguida de William J. Herdman, “Traumatic neurasthenia (Railway Spine, Spinal Concussion) What is it, and how can it be recognized”, *International Journal of Surgery*, vol. II, 1898, p. 221. “Railway accidents and railway evidence,” *British Medical Journal*, 2, 1866, 612.

“psicogênica”, funcional), a tese defendida pelos acidentados perderia força. Assim, como veremos deste período em diante – chegando até a Primeira Guerra Mundial de 1914-1918 – os debates acerca da causalidade sempre estiveram intimamente associados às questões políticas e econômicas.

Em 1881, em Boston, o cirurgião Richard Manning Hodges [1827-1896] publicou um artigo que oferecia sérias contestações às ideias somaticistas de Erichsen. Hodges escreveu que os acidentes de ferrovia eram somente *uma* entre as diversas possibilidades capazes de produzir sintomas idênticos. Ele não se opôs à ideia de que as experiências traumáticas poderiam causar o amplo arranjo sintomatológico. O que ele questionou foi o motivo pelo qual os sintomas atribuídos aos acidentes eram considerados mais resistentes do que aqueles causados por outros eventos traumáticos (HODGES, 1881, p. 361).

Herbert W. Page [1845-1926], cirurgião contratado pelas ferrovias de Londres e do Noroeste da Inglaterra, publicou um livro em que atacava a doutrina de Erichsen. Com base em muitas ideias de Hodges, Page argumentou que, enquanto os acidentes de ferrovias produziam, imediatamente, um conjunto de sintomas subjetivos, os sintomas que emergiam posteriormente só poderiam ser explicados por fatores psíquicos. Assim, na opinião de Page (1883, p. 147) os sintomas de choque nervoso generalizado, apresentados nos pacientes que não sofriam nenhuma lesão corporal, só poderiam ser explicados por causas puramente psíquicas.

Ao formular sua concepção de choque nervoso, Page estava baseado no trabalho do cirurgião britânico Thomas Furneaux Jordan [1830-1911] que, em 1866, publicara um ensaio denominado “*Shock after Surgical Operations*”.⁷⁶ O que intrigava Page, contudo, não era a discussão sobre choque em geral, mas as questões específicas dos acidentes de trem. Embora a análise de Jordan não refutasse diretamente a concepção de Erichsen sobre concussão da medula, ou espinhal, ela fornecia uma alternativa teórica interessante. Da mesma forma que outros, Herbert Page identificou o principal agente responsável dos sintomas: o pavor vivenciado pelos acidentados.

Para Page (1883), o próprio pavor era o responsável pela produção dos sintomas neuromiméticos através de um estado hipnoidal. Estava em questão o que ele chamou de *neuromimesis*, fenômeno produzido por circunstâncias muito particulares, que induzia os pacientes a desenvolverem sintomas que *imitavam* as doenças estruturais reais. Ao sugerir que

⁷⁶Em relação à história do choque cirúrgico, cf. Peter English (1980): “Physiological Surgery and George Washington Crile: Medical innovation in the progressive era”, Westport and Londres: Greenwood. No que se refere ao presente trabalho, indicamos o primeiro capítulo, “Surgical Shock before Crile: a disorder of nervous system.”

uma espécie de estado hipnótico explicava não somente a persistência dos sintomas neuromiméticos, mas também o seu desaparecimento, Page forneceu uma das primeiras explicações exclusivamente psicológicas tanto para a causa quanto para a cura dos sintomas produzidos pelo trauma. Até a publicação do livro de Page, o tópico do “*railway spine*” havia sido tratado quase exclusivamente por cirurgiões. Assim, foi somente a partir do trabalho de Page que os neurologistas passaram a tratar o assunto de forma séria.

Há tempos, grande parte dos neurologistas era favorável às hipóteses de Page. James Jackson Putnam [1846-1918], por exemplo, considerou a possibilidade de que o fator psíquico pudesse produzir sintomas histéricos associados aos acidentes de ferrovia. Deve-se notar que a definição de histeria a que Putnam e outros neurologistas se referiam era, em muitos aspectos, diferente das de Page. O termo histeria, muitas vezes, era considerado sinônimo dos distúrbios funcionais dos centros nervosos cerebrais, como as pesquisas modernas realizadas em *La Salpêtrière*, por Jean Martin Charcot.

O novo campo de investigações do trauma – sejam as abordagens neuroreducionistas ou as de psicogênese – se dissemina, como dissemos, por toda Europa. Na França, por exemplo, ocorre grande disseminação das ideias sobre neurose traumática. Segundo o historiador Mark Micale (2001, 1987), isto se deveu ao impacto que as concepções de Page provocaram nos estudos do neurologista Jean-Martin Charcot. Micale afirma que no período entre os anos de 1885 e 1888 o trabalho de Charcot sobre histeria masculina teria sido praticamente sinônimo de investigação de histeria traumática. Outro historiador desse período, também enfatiza a influência de Charcot nos estudos sobre os traumatizados de trens: Charcot “tirou parte de sua inspiração das investigações anglo-saxônicas (...) sobre a histeria masculina resultante dos acidentes de ferrovia” (CHERTOK, 1975, p. 369, tradução nossa). Outro ponto em comum com a Inglaterra que vale ser destacado é o fato de que a emergência do interesse francês sobre o trauma não esteve somente relacionado ao interesse clínico ou científico.

Sendo assim, com a mesma dúvida que cerca os motivos do trauma não ter sido enfatizado durante a Guerra Civil nos EUA, ou, paradoxalmente, do tratado de Erichsen ter sido publicado exatamente um ano *após* essa guerra, Micale questiona: “Por que, pela primeira vez, o discurso médico-psicológico sobre o trauma emerge durante o final da terceira parte do século XIX?”. Referindo-se ao contexto francês, prossegue: “Por que não antes ou depois – por exemplo, com a Revolução Francesa e com as Guerras Napoleônicas, ou somente na Primeira ou na Segunda Guerra Mundial?” (MICALE, 2001, p. 136, tradução nossa).

1.6.2 Histeria Masculina na França

Os estudos clínicos de Charcot⁷⁷ sobre aquilo que ele denominou ora “*névrose traumatique*”, “*hystérie traumatique*”, “*histéro-traumatisme*”, ou “*hystéro-neurasthénie traumatique*”, foram escritos principalmente no período 1878-1893, a partir da experiência clínica adquirida em sua clínica no Hospital Salpêtrière, em Paris. Quase a totalidade desses escritos advém de neuroses traumáticas encontradas em homens trabalhadores adultos. Como se pode imaginar, os casos apresentavam o mesmo curso que os de outros médicos, ou seja, derivavam de acidentes nos quais não se poderiam encontrar lesões suficientes ou que justificassem as perturbações posteriormente desenvolvidas, quais sejam: perturbações sensoriais e motoras das extremidades, anestésias, hiperestésias, paralisias, contraturas de todos os tipos, fadigas, dores de cabeça e nas costas, palpitações, dores no peito, pulso irregular, constipação, tonteiras, tremores nas mãos e pernas. Eram muito comuns também transtornos depressivos, do sono, fobias, confusão mental e rebaixamento da função intelectual. Todos estes sintomas poderiam persistir por meses ou até mesmo por anos.

O que chama atenção nos estudos de Charcot é a sua escolha, proposital, em fazer o diagnóstico de histeria em homens adultos trabalhadores. Com isso, Charcot desafiava os estereótipos existentes sobre classe e ou identidade de gênero ligada a neuroses. As ditas neuroses traumáticas teriam, na maior parte das vezes, uma ligação direta com uma predisposição hereditária do paciente. Charcot, com esta ideia, filiava-se a uma forte corrente da Medicina francesa do fim de século. Segundo ela, diversas doenças eram manifestadas devido a uma *diathèse* hereditária, uma predisposição constitucional para a degeneração nervosa. Para Charcot, portanto, o trauma em si não era o causador das neuroses traumáticas, mas agia de forma secundária, como um mecanismo disparador de um mal hereditário.

A histeria traumática era comumente encontrada em civis que haviam sofrido acidentes em locais de trabalho, na fábrica, e em geral nos novos ambientes industriais que estavam se disseminando nesta época. Com a chegada da Segunda Revolução Industrial na França neste período (anos 1870-1880), uma imensa quantidade de trabalhadores entrava nas grandes fábricas, surgindo com isso uma enorme quantidade de doenças ocupacionais. Segundo Micale, aproximadamente um quarto dos casos de Charcot tinha relação direta com acidentes de trabalhos nas fábricas. Outra parte importante teve origem nos acidentes

⁷⁷ Baseamo-nos no trabalho de Micale (2001).

ferroviários, tal como vimos antes. Em relação aos acidentados de trens, em particular, Charcot defendeu que esses não constituíam uma categoria nosológica distinta, mas se encaixavam no quadro mais geral que ele descreveu como sendo o das histerias traumáticas.

À primeira vista, as teorias etiológicas de Charcot pareciam dizer respeito mais à dimensão física do que mental. No entanto, como mostra Micale, conforme se examina mais atentamente e se procura investigar o desenvolvimento das pesquisas do neurologista francês, percebe-se claramente o contrário. O que se encontra não é a importância do impacto corporal como causador da patologia. Ao invés disso, a vivência psíquica do episódio traumático, junto aos seus concomitantes emocionais. No mínimo, pode-se dizer seguramente que Charcot enfatizava a mediação da psique na manifestação dos sintomas pós-traumáticos. Nas palavras de Charcot:

O choque ou a comoção nervosa, a emoção quase inevitável inseparável de um acidente que pôs a vida em risco, são suficientes para produzir a neurose em questão. (...) O efeito cirúrgico do traumatismo, ou, em outros termos, o efeito causador de uma lesão ou contusão (...) não é um elemento necessário para o desenvolvimento da doença, embora ele possa contribuir para que esta adquira uma forma grave (CHARCOT, p. 305, apud MICALE, 2001, p. 123, tradução nossa).⁷⁸

Agindo desta forma, isto é, abordando o trauma em termos psicológicos, Charcot se arriscava a ser posto no lugar daqueles médicos que defendiam as companhias ferroviárias contra os acidentados de trens. Mas mesmo sabendo da possibilidade de uma má interpretação de seus trabalhos, Charcot insistiu em defender que os casos por ele denominados de histeria masculina eram legítimos, apesar de se localizarem em outro registro, estarem numa realidade subjetiva e possuírem uma dimensão ontológica (psique) própria.

Para Charcot, entre todas as emoções, ele definia o pavor e o medo como sendo aquelas que possuíam maior potência em termos patogênicos. Neste particular, Charcot recebeu forte influência de um livro escrito por Angelo Mosso, médico italiano, especialista na psicologia e na fisiologia do medo. O médico francês estava particularmente interessado nas contribuições deste livro relativas aos efeitos destrutivos do pavor, seja súbito, extremo ou prolongado.

Um de seus pacientes, Marc, que era aprendiz de padeiro, desenvolveu os primeiros sintomas duas semanas após ter sido assaltado à noite numa rua. Outro paciente, Greff, de 31 anos, desenvolveu contração num olho e disfunções motoras, em consequência de um

⁷⁸ Não conferimos esta referência. Cf. *Leçons du mardi (1889), leçon 2: "Neurasthénie et hystérie"*, p. 30.

acidente de pescaria em que quase se afogou. No segundo volume de *Leçons du mardi* (1888), há uma série de descrições das neuroses traumáticas, entre as quais destacam-se as derivadas de mordidas de cachorro, queimaduras, observações de cadáver, após operações cirúrgicas, medo de trovões e relâmpagos etc.

Apesar da grande variedade de causas das neuroses traumáticas, geralmente os trabalhos que comentam a história do trauma tratam dos ambientes industrializados e mecanizados, como se o trauma fosse diretamente relacionado, ou melhor, fosse uma materialização individualizada, do desenvolvimento da sociedade capitalista produzida pela indústria e a guerra modernas (como veremos). Em relação à questão geral formulada antes, “Por que só se passou a falar de trauma no fim dos anos 1800?”, Micale escreve que, especificamente no caso francês, a resposta está diretamente relacionada com o fato de que entre 1870 e 1900, a França mergulhou em vários conflitos bélicos e no turbilhão revolucionário. Em 1870 e 1871, a França sofrera humilhante derrota da Prússia. Ao mesmo tempo, internamente ocorriam mudanças radicais, proporcionadas pelos processos de industrialização e urbanização. Além disso, o crescimento explosivo das cidades havia trazido problemas novos. Também em 1871, os proletários levaram a efeito a primeira experiência de um Estado socialista, a Comuna de Paris. Surgiam diversos problemas de saúde pública, a saber, a tuberculose, as doenças venéreas e o alcoolismo.

Pode-se dizer que diversos eventos político-sociais estavam mesclados aos modos em que a sociedade francesa vivenciava as suas patologias. Para Micale, teria havido mesmo um amplo processo de “medicalização” a partir do qual hipóteses, práticas, valores e vocabulários médicos se disseminaram entre os franceses do fim do século dezenove. Cada vez mais, com a ampliação da imprensa médica, os leitores leigos passavam a diagnosticarem a si próprios, transformando problemas da vida em geral em termos de saúde ou doença.⁷⁹

⁷⁹ Micale escreve: “Durante os anos pós-Comuna de Paris, muitos franceses passaram a interpretar os desenvolvimentos mais perturbadores particularmente em termos de patologia nervosa e mental.” (MICALE, 2001, p. 138, tradução nossa).

1.6.3 Medicina pré-Guerra

O neurologista Silas Weir Mitchell desenvolveu as primeiras formas do método “*rest cure*” nos anos 1860⁸⁰, o qual passou a ser amplamente empregado no tratamento da histeria e das neuroses traumáticas.⁸¹ Mitchell, como um neurologista típico da época, tinha uma posição bastante crítica a respeito da psiquiatria do final do século dezenove. Em 1894, no 50º aniversário da *American Medico-Psychological Association*, ele afirmou que os alienistas haviam avançado pouco em comparação aos colegas de outros campos da medicina, como a cirurgia e a oftalmologia. Uma das razões deste atraso seria a tendência ao isolamento da comunidade médica em geral, o que teria contribuído tanto para o seu desprestígio quanto para o seu atraso teórico (MITCHELL, 1894). Na abertura do encontro, ele desabafou o seu desafeto com o “psiquiatra”:

Desde o início, você começou a viver à parte e ainda o faz assim. Os seus hospitais não são os nossos hospitais; suas maneiras não são as nossas maneiras. Você vive fora do alcance de críticas; você não é precedido e nem é seguido em seu trabalho por rivais inteligentes, nem é observado por residentes competentes, com seu fresco aprendizado da faculdade. Sou da opinião de que a influência que durante anos conduziu a profissão geral à crença de que ninguém podia ou deveria tratar o insano, exceto o médico especialista, fez de nós e vocês, e muitos de seus pacientes, receberem o tratamento errado (MITCHELL, 1894, p. 223, tradução nossa).

Ele continua: “onde estariam as respostas às questões ligadas ao papel da hereditariedade, ao casamento, às diferenças entre as raças, às influências das estações do ano, aos enigmas psicológicos de pessoas que se apressam cada vez mais e não se cansam de inventar novos modos de preocupação?”.⁸² Earnest (1950), biógrafo de Mitchell, escreveu que tais palavras ainda estariam ecoando na história da psiquiatria americana. Mitchell enfatizou que, além do conhecimento acurado das lesões cerebrais, das taxas de sangue, das diferenças de temperatura, de todos os exames que os neurologistas incansavelmente realizavam, havia a necessidade de melhor formação para os psiquiatras que deveriam, inclusive, usar ternos nos hospitais. “Em uma palavra” – finaliza – “a vida do asilo é letal ao insano”.⁸³

⁸⁰ Sobre isto, cf. o sub-capítulo 1.2.

⁸¹ Cf. Mitchell (1904, 1888, 1876, 1872).

⁸² Ibid. p. 225, tradução nossa.

⁸³ MITCHELL, 1894, p. 227, tradução nossa.

Parte da má reputação da psiquiatria desse tempo se devia ao tema da causalidade das doenças. Quanto mais se pudesse encontrar uma base orgânica para as doenças tratadas pela psiquiatria, mais esta seria digna do *status* de ciência. Assim, muitas vezes a opção escolhida pela psiquiatria da virada de século, antes do início da Primeira Guerra Mundial, foi chamar de doenças funcionais as diversas doenças como histeria, neurastenia e neuroses traumáticas.

Tal abordagem é constante em tratados de medicina psicológica, como o Dicionário de Medicina Psicológica editado por Hack Tuke⁸⁴, em 1892. As síndromes funcionais eram compreendidas da seguinte forma: “resultam de algum distúrbio ou mudança nas funções de um órgão sem apresentar qualquer lesão orgânica definida pela qual a doença possa ser distinguida”.⁸⁵ Neste quadro, eram muito comuns ideias como as de Buzzard (1892), segundo o qual os sintomas da histeria seriam revelados gradualmente com base em sua organicidade, à luz do conhecimento e da experiência.

As discussões apresentadas em jornais britânicos sobre os trabalhos de Freud, Joseph Babinski [1857-1932] e Pierre Janet [1859-1947] são outros bons exemplos do modo como tais teorias são interpretadas através de um paradigma somático. Muitos médicos ouviam com atenção as contribuições destes autores. Na imprensa pré-guerra, Freud, em particular, era bastante lido, e geralmente era aceito como um dos muitos pensadores que haviam contribuído para o estudo da histeria, e como as desses outros, suas teorias não deveriam ser descartadas. Por exemplo, Ormerod pensava que a ideia da expressão emocional poderia ajudar a aliviar os sintomas de uma forma extremamente útil. Sendo assim, embora não seguisse à risca as teorias freudianas, alguns de seus *insights* lhe eram úteis (ORMEROD, 1911, p. 285).

Robert Cole [1866-1926], especialista em doenças mentais, é mais um autor que incorpora ideias psicológicas e as adapta, segundo seus propósitos, ao referencial somático. Ele faz referência a Babinski, Janet e Freud em seu livro de 1913 sobre as doenças mentais e nervosas, e define a histeria como um “distúrbio da mente *subconsciente*, um estado mental peculiar em que os sintomas físicos e psíquicos são em grande parte devidos a auto-sugestão” (COLE, 1913, p. 216, tradução e grifo nossos). Logo depois, escreve: “pode ser que a histeria seja causada pela alteração no estado de nutrição do córtex, ou por desarranjo dos centros

⁸⁴ Cf. Tuke (1892).

⁸⁵ Ibid. p. 518, tradução nossa.

nervosos inferiores”.⁸⁶ Existe um mau entendimento, por exemplo, quando Cole atribui a Freud a ideia de que os “órgãos generativos” sempre têm “influência etiológica direta” na histeria.⁸⁷

Em 1911, William Aldren Turner [1864-1945] afirmou que os diversos estados pseudo-neurastênicos, incluindo psicose maníaco-depressiva, *dementia praecox*, psicastenia e a neurose de angústia – esta última cunhada por Freud – tinham de ser eliminadas do diagnóstico. Ele privilegia, portanto, o âmago puro da exaustão nervosa ou a “neurastenia verdadeira”, uma categoria estritamente somática que incorporava uma dimensão psíquica.

Alguns comentadores nos ajudam a entender uso que se fazia das ideias psicológicas neste período. Henry Macnaughton Jones [1848-1918] defendia ser impossível delinear linhas claras entre as diversas categorias nervosas então em voga. Este autor refere-se às categorias de psicastenia, frenastenia e a neurastenia. Desta forma, Jones sugeriu que, justamente por conta desses estados clínicos se transformarem uns nos outros constantemente, eles deveriam ser utilizados somente com propósitos práticos. Ele escreveu: “Considerá-las como constituindo um grupo clínico em que, apesar de existirem fronteiras obscuras entre uma e outra (...) é impossível para nós delimitar por qualquer linha de distinção as características peculiares a uma ou a todas elas (MACNAUGHTON-JONES, 1913, p. 880, tradução nossa).

A categoria de psicastenia⁸⁸, no âmbito das discussões pré-guerra, foi listada paralelamente as de histeria e de neurastenia. O que há em comum nas discussões é a imprecisão. Não há consenso sobre o que de fato são estas patologias. Em Ash (1913) e em Ormerod (1911), encontramos, por exemplo, a ideia de psicastenia como sinônimo de neurastenia. Na descrição de Thursfield (1911, p. 118, tradução nossa), a psicastenia é atribuída a “algum erro psicológico no mecanismo de controle das emoções”. Para Cole (1913, p. 225, tradução nossa), a etiologia da psicastenia era física: “um estado enfraquecido da saúde num indivíduo predisposto” que perturbava a ação dos neurônios corticais superiores como a causa principal.

Enfim, acreditamos que mais do que má apropriação da “essência” dessas teorias psicológicas, as abordagens de grande parte dos médicos refletem uma preferência, uma escolha útil de acordo com o contexto em que estavam inseridos. Tais abordagens constituíam

⁸⁶ Ibid. p. 219, tradução nossa.

⁸⁷ Ibid. p. 217, tradução nossa.

⁸⁸ Formulada por Janet como uma síndrome psicológica em que coexistiam sintomas de depressão, fobias e obsessões, e certos sintomas somáticos. Cf. Shamdasani (2001).

estratégias interpretativas disponíveis em seu contexto sócio-histórico. É razoável pensar, neste sentido, que a substituição de “subconsciente” por “inconsciente” derivasse não da incompreensão do conceito, mas porque tais diferenças tiveram pouco peso em comparação com os aspectos práticos da teoria. Era comum que pacientes fossem classificados de forma diferenciada conforme a especialidade do médico que os tratava. A seguir, destacamos a opinião de um médico dos tempos da I Guerra sobre este fato:

Os fatores etiológicos mais comuns parecem ser envenenamento por gás e sobrecarga. Em muitos casos, os pacientes dessas categorias são análogos àqueles que possuem o diagnóstico de “*shell-shock*” (...) Parece que é uma questão puramente do acaso, se eles são enviados a um centro cardíaco ou ao neurológico (PEABODY, 1918, p. 1485, tradução nossa).

No próximo capítulo, abordaremos como essa questão se desenrolou no período da Primeira Guerra Mundial. Como veremos, a patologia “surge” com contornos completamente diferenciados dependendo do centro de tratamento médico onde o soldado é recebido. Neste período, enquanto a psiquiatria ainda lutava para ser reconhecida como disciplina científica, a cardiologia, já havia conquistado um *status* sólido de ciência. Esse *status* se deveu, em grande parte, ao desenvolvimento tecnológico e às contribuições da fisiologia cardíaca nos últimos anos do século dezanove. A tecnologia de então, ao invés de captar o som pelo estetoscópio, buscava registrar os detalhes elétricos do *funcionamento* cardíaco.

Assim, ressaltamos que as mudanças ocorridas nos campos da cardiologia e da neuropsiquiatria foram fundamentais no modo como a medicina entendeu, classificou e tratou os soldados portadores de sintomas de medo na I Guerra Mundial. Tais mudanças fizeram toda a diferença, já que em muitos casos a decisão entre ir ao paredão de fuzilamento ou a um centro de tratamento do coração teve como base estes critérios. O maior espaço conquistado pelas doenças funcionais na Medicina - passando progressivamente da suspeita para a legitimidade - não significou que as polêmicas sobre a disputa dos diagnósticos desapareceram. Ao contrário, ficaram mais intensas. O próximo capítulo está dividido em duas partes⁸⁹, em conformidade com a divisão do quadro epistêmico em que cada grupo nosológico se insere: o grupo das doenças cardíacas e o das doenças nervosas. Abordamos, primeiramente, os debates e os centros de tratamento para casos cardíacos. Na sequência, o outro grupo de diagnósticos mais importante da guerra, o grupo neuropsiquiátrico.

⁸⁹ Dividimos os grupos sintomatológicos exibidos durante a I Guerra Mundial da seguinte forma: 1) fisiológico ou somático; 2) neuropsiquiátrico. Cf. os trabalhos de Hyams, Wignall e Roswell (1996), Engel (2004) e Jones e Wessely (2005), que comportam a mesma divisão baseada em sintomas.

2 Duas Grandes Guerras, Uma Transição Epistêmica

The sorrow that has no vent in tears make
other organs weep.

Henry Maudsley [1835-1918]

2.1 Medicina e fisiologia: a cientificidade da cardiologia no século XX

Na virada do século dezenove para o século vinte, emergiu uma “nova cardiologia”, conforme apontam os historiadores deste período (KATZ e HELLERSTEIN, 1964; LAWRENCE, 1985; WOOLEY, 2002). Ocorreu então uma forte mudança nas percepções das doenças cardíacas, graças, em grande parte, às contribuições da fisiologia cardíaca. Da última década do século dezenove às duas primeiras décadas do século vinte, este conhecimento transformou as concepções sobre o funcionamento normal e o patológico do coração. Foi crucial para a formação deste entendimento a concepção de “coração vivo”, conforme aponta Lawrence (1985). Tal noção teve sua origem nos experimentos em fisiologia, principalmente em território britânico, segundo os quais o coração passa a ser concebido como um órgão com propriedades únicas e específicas, a saber: excitabilidade, contratilidade, tonicidade, condutividade e ritmicidade.

Na década de 1880, Walter Holbrook Gaskell [1847-1914] demonstrou evidências de que a atividade de marca-passo do coração era intrínseca, ou seja, não requeria inervação extrínseca (GASKELL, 1883; BURCH e PASQUALE, 1964). Walter Gaskell, que era uma autoridade no campo da fisiologia britânica, foi o responsável pela descrição das funções das fibras musculares do coração. Em termos históricos, isso marcou o triunfo de sua teoria miogênica da contração muscular sobre a escola neurogênica. Em outras palavras, passou a aceitar-se que o músculo do coração tinha a capacidade inata para produzir contrações rítmicas, não necessitando de estimulação nervosa externa contínua.

Estudos posteriores, valendo-se de tecnologias específicas, puderam registrar os impulsos elétricos cardíacos. Desde a invenção de Gabriel Lippman [1845-1921], em 1873, já existia um eletrômetro capilar, capaz de registrar pequenas alterações nas voltagens da pele (CAMPBELL e PELLI, 1976). No entanto, a grande virada deste conhecimento ocorreu em 1887, quando August Desiré Waller [1856-1922], professor de fisiologia na Faculdade Médica do Hospital *St. Mary*, em Londres, deu uma demonstração à Sociedade Fisiológica de Londres de que as forças eletromotivas acompanham o batimento cardíaco. Waller, nascido em Paris, foi um pioneiro em eletrocardiografia e um excelente fisiologista. Ele percebeu variações de corrente no coração vivo, ligando-o a eletrodos colocados sobre a pele e conectados a um galvanômetro (BURCH e PASQUALE, 1964).

Willen Einthoven, baseado nas descobertas de Waller, deu um novo salto, refinando o sistema de galvanômetro em 1901. Einthoven deixou uma quantidade enorme de escritos,

vindo a se tornar um nome de destaque entre estes cientistas, conforme destaca Wooley (2002).⁹⁰ Ainda vale apontar que Einthoven construiu um dispositivo aplicado diretamente sobre a pele, capaz de registrar dados com grande precisão. Ao contrário de Waller, Einthoven reconheceu o vasto campo de aplicabilidade clínica, investigativa e diagnóstica deste instrumento. “A medicina clínica nunca mais foi a mesma após as primeiras publicações e palestras de Einthoven”, comenta Wooley (2002, p.120, tradução nossa).

A cardiologia ligou-se, como nunca antes, à tecnologia. Os eventos elétricos cardíacos chamavam mais atenção do que os sonoros, arriscamo-nos a dizer. Como consequência lógica, há a gradual passagem da ênfase sobre a lesão (ênfase pela anatomia-patológica) para a função (ênfase pela fisiologia). Enfim, com a eletrocardiografia, a ativação do coração humano poderia ser estudada. Os eventos elétricos que o ativam poderiam ser registrados, descritos, mensurados e cronometrados em termos quantitativos. Wooley (2002) lembra que as palpitações se tornaram arritmias; o pulso irregular e os batimentos cardíacos (mais rápido ou mais devagar) foram redefinidos pelos termos *fisio* e *patofisiológicos*. As perturbações e anormalidades cardíacas na ativação do coração eram desconhecidas – ou obscurecidas pelo termo “palpitação”. As palpitações se tornaram “batimentos prematuros de origem atrial”, “batimentos prematuros de origem ventricular”, “taquicardia sinuosa”, “fibrilação atrial”. Justamente porque muitos eventos do coração poderiam ser mensurados, no uso clínico, a máquina (eletrocardiógrafo) e a gravação (eletrocardiograma) seriam tratadas como sinônimos da doença cardíaca.

A introdução de Einthoven de registros cardíacos de alta precisão sonora produziu novos métodos objetivos de gravação do tempo dos sons e murmúrios cardíacos. A fonocardiografia (a técnica) e o fonocardiograma (a gravação) significam uma ponte entre a arte descritiva de auscultação clínica e o registro científico de eventos acústicos. Com o desenvolvimento dos instrumentos de alta qualidade – tal como o novo galvanômetro, capaz de registrar as voltagens - os sons, os murmúrios do coração, a auscultação clínica, antes, objeto da arte médica, tornaram-se objeto de estudo científico. A aura que ainda cercava o ato

⁹⁰ Thomas Lewis, importante médico cardiologista no período 1914-1918, dará grande ênfase à importância de Einthoven para a cardiologia. Lewis correspondeu-se com Einthoven durante períodos importantes da história da eletrocardiografia. A correspondência de ambos contribuiu para uma “apreciação e amizade entre o clínico e fisiologista de Londres (Lewis) e o médico-fisiologista, 21 anos mais velho, de Leiden (Einthoven), que tinha interesse, mas não havia experimentado assuntos clínicos” (SNELLEN, 1989, p. 163). O trabalho de Lewis no desenvolvimento da eletrocardiografia acelerou o reconhecimento das contribuições de Einthoven na comunidade científica. “Einthoven sempre reconheceu a importância do trabalho de Lewis para o desenvolvimento da eletrocardiografia, tanto do ponto de vista científico quanto prático, por exemplo, em sua fala [de Einthoven] no recebimento do Prêmio Nobel [de 1925]” (Ibid. p. 163).

médico de colocar o estetoscópio no peito do paciente foi, enfim, substituída por traçados confiáveis, independentes de quaisquer subjetividades por parte do clínico.

Ocorre uma mudança na percepção dos clínicos, que passou a ser dirigida para o tempo e a qualidade dos sons cardíacos (normais e anormais), através da correlação destes dados com eventos fisiológicos cardiovasculares. A própria disciplina da auscultação foi alterada. Lawrence (1985) destaca a importância do caráter temporal na percepção das propriedades deste novo “coração”. Na prática do atendimento médico à beira do leito, isso significava que as *funções* (não mais a estrutura) do coração estavam em permanente mudança. A partir desta compreensão, uma doença cardíaca deveria ser entendida também em termos de função. Foi sobre este ponto que se desenrolou a maior parte dos debates médicos em território britânico da virada do século dezenove até a I Guerra Mundial.

A importância das mudanças ocorridas nesta virada talvez seja bem compreendida quando se leva em conta que muitas descrições criadas na esteira desta nova concepção permanecem válidas até os dias atuais. São exemplos as expressões “fibrilação atrial” e “bloqueio cardíaco”. Outras interpretações e nomenclaturas clínicas que se tornaram bem conhecidas posteriormente também foram criadas nesta época: por exemplo, a noção de infarto do miocárdio, ausente nas descrições médicas anteriores.

Como vimos, a estrutura explicativa das doenças cardíacas era, em grande parte, moldada por concepções francesas – principalmente da Escola de Paris, de Corvisart e de Laennec – cujos pilares básicos eram o diagnóstico físico e a noção de patologia anatômica. As ideias centrais deste paradigma ainda poderiam ser encontradas num dos livros médicos mais utilizados no início do século vinte: “*The Principles and Practice of Medicine*”, de William Osler. Osler enxergava o coração com olhos de um anátomo-patologista. Com a exceção das categorias de “neuroses do coração”⁹¹, as doenças seriam, em última instância, entidades estruturais, possuindo cada uma história natural e sinais físicos bem definidos. Destas, a categoria mais importante era a de “doenças valvulares”, que incluíam hipertrofia e dilatação, e que contavam com mais do que dois terços do capítulo (OSLER, 1892). Neste texto, é dada grande ênfase à descrição de cada válvula, referindo-se, posteriormente, à estenose, à dilatação ou à combinação dos dois fenômenos. Há também as descrições baseadas na anatomia patológica, isto é, correlação de sinais vistos *postmortem* e as patologias – em organismo vivo, obviamente – com os sinais que poderiam ser encontrados no peito.

⁹¹ Palpitação, arritmia, bradicardia e angina pectoris.

Para Osler, o músculo cardíaco tinha poderes excepcionais de “compensação”, de modo que ele poderia superar a maior parte dos defeitos valvulares. Ele escreveu:

Tão admirável é o Poder de ajuste do coração que, por exemplo, o coração hipertrofiado não poderia exercer sua mecânica e a compensação “quebraria”. O efeito disto dependeria da válvula em questão, o quanto foi danificada, e também da câmara cardíaca em questão. Assim, uma falha do átrio esquerdo por estenose mitral resultaria na volta da pressão no sistema pulmonar e em “ação rápida e irregular do coração, falta de ar, tosse, sinais de ampliação pulmonar, e frequentemente hemoptise (OSLER, 1892, p. 618, tradução nossa).

O que estava em questão neste tipo de descrição era o seguinte: essas lesões valvulares produziam transtornos clínicos com histórias e sinais físicos naturais. Assim, o trabalho do médico era identificá-las e estimar o nível de dano nas válvulas. Os sintomas da descompensação eram efeitos das obstruções mecânicas da válvula e da sua incapacidade de impulsionar uma quantidade suficiente de sangue. Isso resultava numa pressão inversa da circulação pulmonar ou na falha do fluxo para frente: por exemplo, no caso da estenose aórtica. Esses conceitos regulavam e dirigiam a atenção do médico para as características físicas do coração, seu som, tamanho, impulso e força. A apalpação, percussão e auscultação do peito, o volume de força do pulso - ao invés do seu ritmo, tal como preconizava a “nova cardiologia” - eram as pedras fundamentais da prática cardíaca. Essas habilidades clínicas poderiam ser aprendidas somente com a experiência. Por isto, muitos médicos ingleses passaram a considerar que a clínica médica era uma arte que nada tinha a ganhar com as ciências básicas.

O quadro das percepções clínicas no fim do século dezenove e início do século vinte foi preenchido por uma geração inteira de clínicos inovadores. John Parkinson (1955, p. 1013, tradução nossa), um desses novos médicos, lembrou que, nesse tempo, a prática clínica era “em sua maior parte empírica” e que existiam “dois tipos de doença do coração: valvular e não-valvular”. Na mesma linha, Clifford Allbutt, autor do clássico “*System of Medicine*”, em 1898 (livro semelhante ao de Osler, mas que posteriormente se tornou o principal crítico da “nova cardiologia”), observou em 1912:

Nossos pais (...) forneceram uma ampla coleção de fatos da anatomia mórbida que tornou a matéria mais fácil. (...) Quando eles a introduziram nas doenças das válvulas e nas lesões de sua substância, suas dificuldades foram quase totalmente

solucionadas. O paciente está morto, aqui está a lesão que causou sua morte. O que mais importa? - (ALLBUTT, 1912, p. 653, tradução nossa)⁹².

No plano da prática hospitalar, havia uma acesa discussão em torno da aplicabilidade da anatomia e da fisiologia à medicina clínica (PYE-SMITH, 1900, p. 309). Tal anatomia e fisiologia “práticas” eram os dois pilares da cardiologia diagnóstica. Sendo assim, muitos clínicos que praticavam essa medicina viam com suspeita os novos cientistas experimentais que defendiam a relevância de suas disciplinas para o clínico.

George Vivian Poore [1843-1904] (1900, p. 984, tradução nossa), professor de Thomas Lewis no *University College*, disse aos seus estudantes: “Você pode ficar desapontado ao descobrir que uma parte não desprezível dos conhecimentos que adquiriu até agora é de pouca utilidade prática nas enfermarias” (POORE, 1900, p. 984, tradução nossa). Com o mesmo espírito de crítica, o médico britânico Robert Hutchison [1834-1904] escreveu: “(...) Com muito pouco zelo para o novo, e com desprezo para o que é velho, coloca-se o conhecimento antes da sabedoria, a ciência antes da arte. (...) Oh, bom Deus. Livrai-nos disso!” (PARKINSON, 1955, p. 1013, tradução nossa).

Apesar das críticas, as mudanças não paravam de ocorrer na medicina, em geral, e na cardiologia, em particular. Por exemplo, as recentes investigações no campo da bacteriologia fizeram emergir novas categorias cardíacas, como novas formas de endocardite. Em 1909, encontramos um artigo escrito por Osler intitulado “Endocardite Crônica”.⁹³ No mesmo sentido, foi demonstrada a relação entre sífilis e a doença aórtica. Outras doenças de origem infecciosa foram a “doença cardíaca tireotóxica” e a “cardite diftérica”, igualmente resultados do impacto das descobertas em bacteriologia.

Como dissemos, ao invés de se interessarem pela ação estática ou mecânica do coração e pela história natural da doença valvular, os médicos começaram a dar mais importância à dinâmica do coração, ou seja, ao que o coração poderia *fazer*. O que ele poderia fazer, por sua vez, estava diretamente relacionado às suas propriedades fisiológicas. Houve, portanto, uma virada da anatomia patológica à patofisiologia, e de um conceito de doença ontológico para um fisiológico.

Lawrence (1985) sugere que na ótica da “velha” cardiologia, um médico abordava um paciente que tinha uma “doença” (por exemplo, estenose mitral ou incompetência aórtica, que

⁹² Durante a Primeira Grande Guerra, os homens com doenças do coração eram divididos pelos médicos militares em duas categorias – VDH (doença valvular do coração) e DAH (ação desordenada do coração), correspondentes, respectivamente, a doença orgânica e funcional cardíaca.

⁹³ Osler (1909).

produziam uma descompensação cardíaca). A habilidade do médico, no século XIX, centrava-se no diagnóstico da “doença”. Esta, por sua vez, mostrava os sinais aproximados de uma história natural ideal. O médico, então, tratava a descompensação.

A “nova cardiologia” revolucionou esse ponto de vista. Passou-se a perceber o paciente com indicações múltiplas de uma “falha” do coração que conduziam a mudanças em uma ou mais propriedades musculares. A tarefa do médico era elucidar o que significavam tais mudanças e fazer um prognóstico do paciente em termos da capacidade do coração de expulsar o sangue. O estado das válvulas era simplesmente *mais* um fator que, geralmente, não era o mais importante. Obviamente, ainda se viam os sinais físicos e a mudança anatômica no coração, mas estes não eram o foco principal. Tal conhecimento estrutural ajudava somente de forma parcial na tentativa de medir o que realmente importava, os índices fisiológicos da eficiência cardíaca. O lugar e a intensidade de um murmúrio era menos importante do que os sintomas dos pacientes, notavelmente a dor, a dispnéia e as suas variações no tempo. Sendo assim, os sinais clínicos mais importantes eram a taxa e o ritmo cardíaco, que estavam relacionados ao desempenho, não à estrutura, do músculo cardíaco.

Vale dizer ainda que, apesar dos médicos terem assumido progressivamente uma visão diferente acerca dos fenômenos cardíacos, isso não significou uma mudança radical no uso que faziam da eletrocardiografia. Por exemplo, Lawrence (1985) aponta o fato interessante de que tanto os novos quanto àqueles que pertenciam à “velha tradição” ignoravam, na maior parte das vezes, o *modus operandi* da utilização das máquinas, de forma que continuaram a utilizar o método de estimar a pressão sanguínea a partir da tensão do pulso. O uso dos novos instrumentos provocava grande controvérsia. Um bom exemplo é o artigo sobre pressão sanguínea de G. A. Gibson, em 1906: “Aqueles professores, que ainda se opõem ao uso de nossos instrumentos de pesquisa modernos na investigação da pressão sanguínea, estão no mesmo nível daqueles que condenam o emprego de instrumentos como o oftalmoscópio”. Na mesma discussão do *British Medical Journal*, outro médico, John Stevenson, contrapõe: “(...) para o médico prático, na investigação da pressão sanguínea, o dedo treinado deve ser o último apelo, e ele é, eu defendo, suficiente”.⁹⁴

Inegavelmente, o que a cardiologia visualizava neste período era muito diferente do foco mantido no século dezanove, em que predominava o campo epistêmico da anatomopatologia. Em nossa opinião, embora as doenças cardíacas se inserissem em dois grandes quadros nosológicos, a saber, as doenças orgânicas e as funcionais, é digno de nota a

⁹⁴ Tradução nossa. Cf. a discussão em *British Medical Journal*, 1906, v. 2, p. 996-1010.

preocupação com a “lesão”, verificada nos artigos dos médicos da maior parte do século dezenove. Em outros termos, é possível verificar neste momento de virada epistêmica nos escritos sobre as doenças do coração, o declínio ou a perda da força da influência morgagniana, nomeadamente a ideia de que “toda doença possui uma sede, e esta sede é a lesão”, a lesão interna. Enquanto antes atentava-se à função tendo em vista possíveis alterações orgânicas ao longo prazo, agora passava-se a dar importância à função em si, sem ter como pano-de-fundo a noção de lesão, advinda do paradigma morgagniano.

É importante considerar o fato de que a emergência desta “nova cardiologia” não exclui a existência do paradigma anterior. Devido à proximidade cronológica, tais paradigmas existiam simultaneamente, de forma que conviviam tanto os médicos que privilegiavam a dimensão estrutural e anatômico-patológica do coração quanto aqueles que, influenciados pelos novos estudos em fisiologia cardíaca, passaram a privilegiar mais a dimensão da função e temporal do coração. Parece-nos que as percepções diferenciadas que os médicos tinham acerca dos males cardíacos deste tempo, têm relação direta com o que Mol (2002) afirma em relação aos diferentes sentidos que uma determinada categoria médica assume dependendo do ambiente em que se insere. Para a autora (que estudou a arteriosclerose), a realidade ou a dimensão ontológica de uma determinada categoria pode variar dependendo do ambiente em que esta “emerge”.⁹⁵ Em outros termos, podem existir “diferentes” arterioscleroses dependendo da circunstância social em que se lida com ela; isto é, diferentes conjuntos de fatores a atravessam, fazendo “emergir” diferentes “arterioscleroses”. Não existiria, neste sentido, uma única e real “doença”. No caso da autora, não existiria uma única arteriosclerose, mas várias, de forma que se torna possível falar que existe uma para o doente, outra para o pesquisador enclausurado em laboratório e mesmo outras para os médicos que lidam com os pacientes na beira do leito. Todas se configuram em função de determinados fatores que a constroem desta ou daquela forma.

Outro bom exemplo ilustra a ideia de Mol. Referido em Howell (1985), trata das primeiras utilizações do eletrocardiograma (ECG) na Inglaterra. Segundo ele, os médicos estavam interessados em utilizá-lo como um polígrafo, um amplificador dos sinais cardíacos, não em transdutor. Usado dessa maneira, o ECG seria uma ferramenta precisa para investigar

⁹⁵ É importante ressaltar o fato de que, em nossa interpretação, não há aqui nesta autora a ideia de causa e efeito, como se determinados fatores culturais “produzissem” determinadas “categorias médicas”. A nosso ver, a linguagem dificulta o entendimento do fenômeno em questão, onde, na verdade, há uma conjunção não-linear, múltipla e de causalidade recíproca entre fatores de variadas ordens (sociais, culturais, biológicas etc). Este entendimento é válido também para o modo em que abordamos outras hipóteses lançadas por diversos autores, também referenciados aqui, tais como Ian Hacking, Allan Young, Charles Rosenberg e Edward Shorter.

as arritmias. Visto através desta espécie de polígrafo, o que anos depois passou a ser entendido como “infarto do miocárdio” era percebido nesta época somente como uma forma extrema de exaustão muscular. O que importava era o desempenho total do coração. A rigor, o entendimento que temos hoje sobre ele só surgiu a partir de 1920, com o trabalho do médico norte-americano James Herrick.⁹⁶ Sendo o ECG utilizado como um polígrafo, torna-se claro, então, porque os médicos não descreveram o infarto do miocárdio. Eles haviam sido treinados para observar relações funcionais precisas entre as câmaras musculares, de forma que, quando o coração dava sinais de que estava falhando, os médicos se interessavam no desempenho do todo do miocárdio, não em qualquer parte anatomicamente distinta dele.

Na Inglaterra, a cardiologia como especialidade médica institucionalizada não existiu até a II Guerra Mundial. *Sir* Ian Hill lembrou: “Nos anos 1930, um cardiologista era visto geralmente como um médico geral com um interesse especial em doenças cardiovasculares” (nota 128). Mesmo no final de 1943, Lewis escreveu a Herrick, queixando-se da “feição” (“*ugliness*”) da palavra cardiologia (HERRICK, 1943 apud LAWRENCE, 1985). Mas a despeito da evidente falta de estrutura da cardiologia, no fim da segunda década do século XX, um reduzido grupo de médicos dedicava a maior parte do seu trabalho a problemas específicos do coração. Por impulso da I Guerra Mundial, ganhou relevância o problema do “coração de soldado”, categoria criada e solucionada dentro da estrutura da nova cardiologia.

2.2 Perturbações cardíacas na I Guerra Mundial (1914-1918): ação desordenada do coração, síndrome do esforço (ou do soldado) astenia neurocirculatória

Um paciente que se apresente facilmente exaurido, aparentemente deprimido, com sua face retorcida, além de instabilidade vasomotora e frio nas extremidades, deve ser classificado como portador de “ação desordenada do coração”, embora o exame do coração não revele qualquer coisa definida.

W. Langdon Brown [1917]

⁹⁶ Não consultamos este livro. Cf. Leibowitz (1970), *The history of coronary heart disease*, Londres: Wellcome Institute for the History of Medicine.

A “ação desordenada do coração” ficou conhecida pela proporção que tomou entre os soldados britânicos da I Guerra Mundial, sendo a terceira maior causa de dispensa (LEWIS, 1918, p.1).⁹⁷ A doença não era exclusiva dos soldados, estando presente também na população civil. Mackenzie afirmou que ela era bastante comum em trabalhadores submetidos a forte esforço muscular e estava associada ao consumo de álcool e à tendência à obesidade. Mackenzie rejeitava as teorias novecentistas que ligavam o “coração de soldado” – tal como ficou conhecido posteriormente – aos fatores encontrados exclusivamente dentro da armada.

Segundo Babbington (1997, p. 42), em agosto de 1914, os governos francês e britânico de um lado, e o alemão de outro, acreditavam numa rápida vitória e no fim do conflito ao final de alguns meses. Porém, na primeira batalha de Ypres, em 10 de outubro de 1914 (quando os aliados atacaram a planície de Flanders na Bélgica), a Força Expedicionária Britânica começou a apresentar sinais de exaustão (BABBINGTON, 1997). Howell (1985) escreve que, deste ponto até o final da guerra, não parou de crescer a literatura a respeito dos problemas cardíacos dos soldados.⁹⁸

O “coração de soldado” atraiu bastante atenção a partir da retirada de Mons (agosto de 1914), quando muitos soldados foram enviados de volta com dores no peito, dispnéia, palpitações sob esforço e taquicardia (HAY, 1923). A guerra redirecionou o foco da Medicina para o problema do “coração de soldado”, tendo presente a preocupação com o pronto retorno do soldado ao *front*. De fato, desde o início, a armada se deparou com a questão do exame físico dos recrutas. Cerca de um milhão de homens foram inicialmente alistados e nenhuma tentativa foi feita para examinar suas condições de saúde. A avaliação cuidadosa do *status* cardíaco do soldado era fundamental. O médico então se deparava com o seguinte problema: era inadmissível aceitar alguém com um coração danificado ou falho. Diante da mudança paradigmática esboçada anteriormente, devemos perguntar: quais eram os critérios para se dispensar ou recrutar um homem? Os murmúrios e a irregularidade indicavam danos significativos do coração? Em outros termos, como os médicos interpretaram os problemas de coração dos soldados durante este recrutamento?

A “superstição de que o coração para ser normal deveria estar livre de murmúrios e de irregularidade” (MACKENZIE, 1915, p. 818, tradução nossa) estava no centro das primeiras atenções. A principal preocupação que se deveria ter com o coração, segundo James

⁹⁷A primeira causa foi: “lesões e ferimentos”. A segunda mais comum: “dores no peito”.

⁹⁸ Paralelamente, progredia a casuística do que se tornou conhecido como “*shell-shock*”, abordado mais adiante.

Mackenzie, era quanto à sua *eficiência funcional*. Isto implicava que os murmúrios e as irregularidades só se tornariam importantes se diminuíssem a funcionalidade cardíaca. Caso não diminuíssem, o coração do candidato era considerado adequado para o alistamento. A eficácia do coração era verificada na entrevista com o candidato, perguntando-lhe o quanto de esforço causava-lhe cansaço ou efetivamente observando-o fazendo algum esforço.

A mudança de foco das lesões anatômicas do coração para uma visão global de sua funcionalidade era coerente com a “nova cardiologia”. Como era de se prever, os que se opunham à abordagem de Mackenzie, ratificaram a importância dos murmúrios como indicadores de lesões valvulares. Para estes, válvulas cardíacas anormais eram motivo para rejeição, ao invés de “eficiência funcional”. Opondo-se às novas teorias, alguns decidiram republicar os seus primeiros escritos de 1890.⁹⁹ Entretanto, foram as abordagens de Mackenzie e outros partidários da “nova cardiologia” que prevaleceram na política estabelecida pelo Governo para tratar do problema do coração (HOWELL, 1985).

No outono de 1915, surgiu uma nova preocupação, mais de ordem militar do que médica *strictu sensu*. As baixas em Galípoli e em Loos (o ataque desastroso de setembro)¹⁰⁰ resultaram em mais 50.000 casos. Vale reparar na quantidade de homens que começaram a apresentar diversos tipos de sintomas relacionados à disfunção cardíaca. A esta altura, era cada vez mais evidente que o *front* se estenderia até o inverno e que a guerra se prolongaria.

Em novembro, foram transferidos para o *University College Hospital*, em Londres, os soldados que se queixavam de dor no peito, falta de ar, palpitações, cansaço e vertigem, levando Thomas Lewis e seus colegas a escreverem uma carta “urgente” ao *British Medical Journal*. Esta carta levantou um problema diferente do *memorandum* (escrito por Mackenzie) já mencionado. Lewis estudou um grupo de soldados com “sobrecarga cardíaca” (expressão que indicava a mesma condição da “*disordered action of the heart*”, ação cardíaca perturbada ou ação desordenada do coração). Segundo Lewis, existia pouca evidência de instabilidade vasomotora. Foram excluídos os que pareciam ter danos estruturais do coração em virtude de um histórico de febre reumática, cólera ou sífilis. Em seguida, Lewis e seus colaboradores identificaram um grupo no qual os sintomas pareciam ter sido causados por toxinas produzidas por infecções por *stafilococcus* ou *streptococcus*. Ao longo dos meses seguintes, o *British Medical Journal* continuou publicando cartas sobre o tópico. A maior parte dos

⁹⁹ Cf., por exemplo, o artigo de Fowler (1915). Para um interessante debate sobre murmúrios, nova cardiologia e o coração de recruta, cf. Morison (1915), Gordon (1916) e Mackenzie (1915b).

¹⁰⁰ Loos-en-Gohelle é uma comuna francesa na região administrativa de Nord-Pas-de-Calais.

comentadores concordou que poucos soldados tinham uma doença valvular. Para muitos a causa primária dos sintomas de coração não estava propriamente no coração.

É importante observar que as primeiras ideias sobre a etiologia do “coração irritável” neste período refletiram nitidamente os progressos das pesquisas da década anterior: a descoberta do hormônio da secretina, por Ernest Starling [1866-1927] e William Bayliss [1860-1924], e o estabelecimento do novo campo de pesquisa chamado endocrinologia. Também deve ser mencionado o rápido progresso da microbiologia na identificação de bactérias, associando-as com doenças humanas específicas. As teorias de Pasteur haviam obtido pronta aceitação da comunidade médica. Alguns sugeriram que o hipertireoidismo era a causa principal da nova doença. As infecções eram vistas em vários lugares e eram entendidas como outras possíveis causas. Fazia sentido levantar tal hipótese, visto que uma infecção não precisava ser coincidente com o conjunto de sintomas; ela poderia precedê-los por meses ou anos, ou poderia ser uma invasão de micro-organismos, tal como o bacilo da tuberculose.

Entretanto, havia uma complicação neste ponto: as novas ideias sobre as secreções glandulares excessivas e as toxinas infecciosas eram de pouquíssima ajuda no manejo dos problemas agudos postos pela guerra. As teorias mais antigas, relacionadas ao uniforme inapropriado, forneciam abordagens óbvias tanto com relação à prevenção quanto ao tratamento. De fato, eram as mais úteis. Com a “nova cardiologia”, tanto a prevenção quanto o tratamento se tornaram muito mais difíceis. Não era fácil curar as infecções ou o hipertireoidismo. O Raio-X, por exemplo, já havia sido produzido¹⁰¹ e se tornou um possível tratamento na hiperatividade da tireóide, mas na realidade, era ínfima a percentagem de soldados que sofriam de hipertireoidismo.

Diante da epidemia de “ação desordenada cardíaca”, o diretor geral do Serviço Médico Militar britânico, Alfred Keogh [1857-1936] foi obrigado a tomar providências para solucionar ou desacelerar o aumento do número de soldados com sintomas cardíacos. Keogh pediu uma investigação da epidemia a James Mackenzie, consultor no Hospital de Londres e eminente cardiologista (WOOLEY, 1986a). Então, em dezembro de 1915, Mackenzie relatou que mais de noventa por cento dos casos examinados (mais de trezentos), não possuíam qualquer problema no coração, embora existissem sintomas como dilatação e murmúrios. Estes faziam parte de uma condição, mais geral, de fraqueza.

¹⁰¹ Produzido e detectado pelo físico alemão Wilhelm Conrad Röntgen [1845-1923]. Na Primeira Guerra Mundial, já estava disponível a sua utilização para fins médicos.

Segundo Mackenzie (1916, p. 118), estes soldados que se queixavam de fadiga, falta de ar e dor sobre a região cardíaca não tinham uma “doença do coração”: a sintomatologia se explicava pela condição geral de debilidade geral do corpo. Ele era enfático: jamais lhes deveria ser dito que havia a possibilidade de possuírem uma doença do coração, sob pena de levá-los à depressão. Mackenzie escreveu que a forma de tratamento usual realizada até então, descanso ou exclusão de esforço - poderia ser bastante grave, já que, na prática, o soldado se tornaria *intratável*.¹⁰²

Junto com Osler, Clifford Allbutt e Mackenzie propuseram ao Departamento de Guerra que mantivesse um hospital especial para o estudo das síndromes cardíacas funcionais. Isto contrariava a política do Governo, mas Keogh afinal se convenceu, muito provavelmente pelo renome dos três.¹⁰³ Ficou acertado, em janeiro de 1916, que o Departamento de Guerra financiaria quatrocentos leitos no *Mount Vernon Hospital*, em Hampstead (WOOLEY, 1984). Novamente, os três médicos foram apontados como supervisores, enquanto outros quatro médicos foram recrutados, cada um deles responsável por cem leitos. Entre estes quatro, estavam Thomas Lewis¹⁰⁴, o capitão John Parkinson, e os médicos canadenses major J. C. Theakins e o capitão T. F. Cotton.

Uma análise de quinhentos e cinquenta e oito pacientes do *Mount Vernon* mostrou que quarenta e nove por cento retornaram às atividades. O restante foi dispensado permanentemente (LEWIS, 1917). Os que apresentaram os sintomas durante o serviço ativo tinham melhor prognóstico do que aqueles que desenvolviam a doença durante o treinamento ou no período anterior ao recrutamento. Dos cento e cinquenta soldados que estiveram no front, e que foram capazes de retornar às suas tarefas, somente trinta e cinco por cento voltaram ao combate.

¹⁰² É interessante tentar entender os motivos de Mackenzie, visto que, conforme mostrou o estudo de Parkinson (1916), dos trinta e nove casos atendidos em solo britânico, somente quatro (10.3%) retornaram às tarefas se sentindo bem. Depois de sete meses, vinte e dois internados ainda não apresentavam mudanças em seus sintomas.

¹⁰³ William Osler era Professor Régio de Medicina em Oxford. Enquanto trabalhou no *John Hopkins Hospital*, estudou a síndrome de Da Costa e estabeleceu uma relação entre os primeiros estudos de palpitação e neurastenia. Clifford Allbutt era um médico renomado. Era Professor Régio da Universidade de Cambridge. Com respeito à relação entre neurastenia e palpitação, cf. sub-capítulo 1.6.

¹⁰⁴ A série de experimentos sobre o mecanismo do batimento cardíaco trouxe para Lewis reconhecimento nos EUA e na Inglaterra. O livro *Mechanism of the heart beat*, publicado em 1911, dedicado a James Mackenzie e a Willem Einthoven, estabeleceu sua reputação, tornando-se a Bíblia da eletrocardiografia. Este livro foi seguido por outros dois: *Clinical Disorders of the Heart Beat*, em 1912, e *Clinical Electrocardiography*, em 1913. Os dados das observações clínicas realizadas no hospital militar do coração conduziram à monografia de Lewis intitulada *The Soldier Heart and the Effort Syndrome*.

Portanto, a maior parte das tropas diagnosticadas com ação desordenada do coração foi dispensada. Assim, muitos passaram a receber uma pensão. Passou a chamar a atenção o fato de que, quanto antes os soldados fossem tratados, maior seria a probabilidade de cura definitiva, sugerindo que o próprio tipo de tratamento nos hospitais reforçava as crenças e os padrões de comportamento do *papel de doente*¹⁰⁵ de tais soldados.

Lewis não tinha certeza sobre a etiologia. Ele sugeriu que o grupo era heterogêneo, sendo caracterizado por fraqueza constitucional, nervosa ou física, porém, excluindo a possibilidade de doença estrutural orgânica do coração. Afirmou que os pacientes com a síndrome do esforço poderiam ser classificados segundo uma grande variedade de critérios. Um dos maiores grupos era composto de indivíduos com fraqueza constitucional: de ordem nervosa, física ou de ambas. Outro grupo compreendia os que eram submetidos a bombardeios, poluição sonora e trauma, mas cuja fraqueza constitucional era de difícil determinação. Outros grupos exibiam convalescência tardia de doenças agudas, geralmente de natureza infecciosa.

Para Lewis, a síndrome do esforço não era exclusiva dos soldados. Ela também era comum na população civil, independentemente de gênero e de faixa etária. Ele defendeu que exercícios leves poderiam servir como instrumento de diagnóstico e como tratamento. Ora, esta terapêutica seria impensável no período anterior à Guerra, quando os soldados eram tratados através de descanso *absoluto*.

No começo de 1916, James Mackenzie abriu uma seção do *Section of Therapeutics of the Royal Society of Medicine* com um artigo sobre o “*The Soldier’s Heart*”. Neste artigo, ele discutiu o exame de cerca de quatrocentos soldados invalidados por doenças cardíacas. Mackenzie pensou que a maior parte destes casos não era de cardíacos, sendo sua etiologia verdadeira a sobrecarga e a exaustão nas trincheiras somadas à “influência tóxica” causada por infecções. Ele se recusou a especular sobre o tratamento da invasão bacteriana (ou sugerir uma possibilidade de vacina), mas ressaltou a aparência geral deprimida e o estado físico provocado pelo esforço. Mackenzie aconselhou “*fishing, riding, shooting, golf*”, tanto para os oficiais quanto para os suboficiais e soldados.

¹⁰⁵ O conceito de “papel de doente” foi elaborado pelo sociólogo Talcott Parsons (1951). Ele pretendia provar que o diagnóstico enquadra aquele que recebe esse rótulo (doente) numa função social específica, junto aos atributos simbólicos e político-econômicos que o doente possui num determinado contexto. Por exemplo, esse papel concede alguns privilégios àquele que padece, tais como a liberação de determinadas obrigações sociais, do trabalho ou dispensa do serviço militar.

Os soldados que queriam escapar dos horrores do *front* consumiam substâncias para acelerar o batimento cardíaco, tal como cordite¹⁰⁶ (LANGDON-BROWN, 1917, p. 293). Outras drogas eram utilizadas para perturbar a ação do coração e simular algum outro distúrbio orgânico, tais como óleo “*rancid*”, leite condensado ou qualquer substância que pudesse ser introduzida nos ouvidos e simulasse uma doença. A intenção era dificultar a ação das equipes médicas no momento do exame.

Entretanto, a maior parte dos clínicos acreditava que a simulação era rara e que a maior parte dos soldados com problemas de coração estava realmente doente. Por exemplo, Lewis elaborou teorias etiológicas, planos de tratamento e prevenção para seus pacientes. Segundo explicava, a capacidade vital dos pacientes estava somente um pouco abaixo do normal, suspeitando que, em muitos deles, uma alteração no sangue (por exemplo, acidose produzida por dióxido de carbono ou ácido láctico e alcalose resultantes de uma hiperventilação) poderiam causar a falta de ar.

Entre os sintomas, a fadiga era uma queixa universal. De uma forma geral, os sintomas eram aqueles encontrados em pessoas saudáveis, mas sujeitas a exercícios estafantes. As dores no peito, por exemplo, eram comuns, mais do lado esquerdo do peito, estando relacionadas ao exercício. A palpitação era uma queixa que frequentemente consistia de ação rápida do coração, associada a extra-sístoles. Raramente, estava ligada à taquicardia paroxística e fibrilação atrial. Assim como Mackenzie, Lewis achou que o termo “*disordered action of heart*” deveria ser abandonado, pois não fazia *jus* ao entendimento correto da patofisiologia subjacente. Além disso, enfraquecia a fé do soldado na possibilidade de cura.

Lewis sugeriu, então, a nomenclatura de síndrome do esforço, visto que os sintomas poderiam ocorrer em pessoas consideradas saudáveis durante exercícios. Lewis utilizou uma estratégia bastante útil, intuindo que o poder da rotulação poderia produzir nos soldados, de fato, efeitos reais, incluindo os efeitos psíquicos e fisiológicos. “A descrição”, ele escreveu, “pontua os principais sintomas de desconforto sob esforço sem prejudicar a questão da causação” (LEWIS, 1917, p. vi, tradução nossa). Lewis deveria estar bem a par do poder que a rotulação de um diagnóstico tinha sobre o prognóstico. Era urgente, portanto, que se alterasse o nome dado aos soldados, de modo que não sugerisse, de forma alguma, a ideia de que pudessem desenvolver algum problema no coração. Foram criadas, então, as categorias de “síndrome do esforço” e “astenia neurocirculatória”, sendo esta última o nome adotado pela equipe de médicos cardiologistas enviada dos EUA. Longe de serem descrições derivadas da

¹⁰⁶ Substância utilizada durante a Primeira Guerra Mundial como explosivo ou como propelente para armas de fogo.

“natureza” da doença, as duas categorias foram criadas por fatores político-militares, já que objetivavam não chamar tanta atenção do soldado para sua condição, aumentando assim as chances de um retorno à linha de frente.

Lewis pensava que exercícios leves, combinados com re-educação limitada, eram os únicos tratamentos efetivos para a síndrome do esforço. Era dito aos soldados que eles não sofriam de doenças orgânicas do coração e que um gradativo retorno às suas atividades físicas aliviaria completamente os sintomas. Em sua própria descrição, Lewis teve um sucesso modesto, afirmando que quarenta e nove por cento dos pacientes retornaram ao serviço depois de sete semanas de tratamento, em média. Em janeiro de 1916, William Osler escreveu ao presidente dos EUA, Woodrow Wilson, pedindo urgentemente que médicos fossem enviados à Inglaterra para estudar o problema. Foi enviado, um grupo de médicos no qual estavam B.S. Oppenheimer, Samuel Levine e Frank Wilson, que trabalharam em Colchester ao lado de Lewis. Como Lewis, esses médicos norte-americanos também queriam evitar a palavra “coração”.¹⁰⁷

Samuel Levine [1891-1966] escreveu o motivo da preferência pelo termo “astenia neurocirculatória” em detrimento de “síndrome do esforço”: “Por conta do efeito psicológico, (...) não aceitamos o termo ‘síndrome do esforço’, porque muitas das características estão presentes no descanso sem esforço, e não acreditamos que algumas destas observadas geralmente nessa condição, ocorram em pessoas normais como resultado de esforço” (LEVINE, 1965, p. 605, tradução nossa). Os médicos norte-americanos também preferiam astenia neurocirculatória, pois o que estavam observando compreendia os sistemas circulatório e nervoso (“neurocirculatória”), além da fraqueza (“astenia”). Sempre sem mencionar o “coração”. O relatório dos médicos norte-americanos, publicado em 1918, concluiu que a astenia neurocirculatória não era uma nova síndrome, mas uma condição frequentemente observada na vida civil, embora sua incidência e severidade parecessem maiores entre os soldados.

O trabalho de Hume, publicado no *The Lancet*, em 1918, é uma análise valiosa da situação dos soldados que voltaram da França. Este artigo descreve as condições cardíacas e circulatórias de cinco mil soldados enviados de bases na França com o diagnóstico de *doença da válvula cardíaca* ou *ação desordenada coração*. Aproximadamente oito por cento tinham doenças reconhecíveis sem problemas circulatórios na origem; o restante, ou seja, noventa e

¹⁰⁷ Wooley (1987).

um por cento, tinha dores no peito, falta de ar, palpitações, tonteiras, síncope, entre outros sintomas.

Os perfis sintomatológicos eram tão evidentes e consistentes que Hume considerou o grupo como portador de uma entidade descrita como coração irritável dos soldados, coração de soldado, ou, na nomenclatura oficial, ação desordenada do coração (ADC). Num primeiro grupo de ADC, composto por oitocentos e sessenta e sete homens, cinquenta e cinco tinham claras lesões orgânicas do coração. Posteriormente, com o grupo chegando a mil homens, os sintomas mais frequentes passaram a ser: dor no peito, falta de ar, tonteira, palpitação e síncope, em ordem decrescente de prevalência. Dos homens com síncope, noventa e oito perderam a consciência por um período considerável de tempo.¹⁰⁸ Cinquenta e seis por cento tinham média de idade entre vinte e trinta anos. Além disso, os sintomas de ADC frequentemente eram associados a “*gassing*” (intoxicação por gás), “*shell-shock*”, lesões nas trincheiras, além de *influenza*, disenteria e febre de trincheira. Dez por cento dos pacientes com ADC sofriam de febre reumática sem evidência clínica de doença valvular.

Hume cita as análises de Da Costa a respeito de trezentos casos tratados no Hospital Lane em Turner, enfatizando que as suas descrições “englobam aproximadamente todas as características clínicas que conhecemos hoje”. Hume tematiza várias teorias de causação, notando que a pressão sanguínea alta sugeria o fluxo aumentado de secreções adrenais, além de outras evidências de super atividade do sistema nervoso simpático. O antecedente imediato na história de muitos homens de doença febril sugeria uma origem infecciosa ou pós-infecciosa. Hume descartava completamente a teoria neurastênica. Concluiu, assim, que a maioria daqueles que serviam durante muito tempo nas trincheiras tinha “sistemas nervosos exauridos”, e que a pressão mental e física prolongada, e o sono insuficiente os faziam cair gradualmente.

A vasta experiência de campo na França permitiu a ele concluir: “Não existe uma causa subjacente que descreva a ocorrência do grupo sintomático intitulado ADC ou coração de soldado”. Para ele, alguns homens não podiam ser submetidos a esforço físico; outros tinham na base de sua doença uma incapacidade permanente ou temporária do músculo do coração, a qual estava relacionada a doenças infecciosas. A taquicardia encontrada nos casos de “*shell-shock*” estava relacionada à inervação do coração e não propriamente ao músculo cardíaco. Em resumo, as observações e ênfases dadas ao excesso de atividade do sistema

¹⁰⁸ Cf. Hume (1918).

nervoso simpático - como gênese dos sintomas - e sua crítica à neurastenia, foram os pontos fundamentais de seu estudo.

Pesquisas retrospectivas para descobrir as causas de ADC, conduzidas após a guerra, revelaram uma associação entre infecção e hospitalização. James Mackenzie realizou uma análise de mais de dois mil casos de ADC, estimando que oitenta por cento tinham alguma queixa de natureza infecciosa, tal como *influenza*, febre de trincheira, febre tifóide, malária ou disenteria. Por sua vez, Lewis, em quinhentos e cinquenta e oito pacientes, encontrou trinta e oito por cento com um conjunto de sintomas de doenças infecciosas anteriores ao surgimento de sintomas cardíacos, concluindo que a infecção “era o fator etiológico dominante”.¹⁰⁹

Entre novembro de 1916 e novembro de 1918, sete mil e oitocentos e três casos de ADC e doença valvular do coração foram analisados por J. A. Venning (1919). Verificou-se que o fator precipitador em vinte e um e meio por cento dos casos foi infecção. Curiosamente, Venning acreditava que a pressão física e mental do serviço ativo era a principal causa de ADC, chegando a vinte e oito por cento das admissões. Era impossível distinguir se a pressão era mental ou física, já que os sintomas são idênticos.¹¹⁰

Outros diagnósticos também foram importantes durante a Guerra. Um dos mais importantes foi o “*shell-shock*”, abordado a seguir, e classificado, geralmente, no quadro dos transtornos neuropsiquiátricos. Admitido inicialmente como derivado de pequenas hemorragias cerebrais, o “*shell-shock*” foi, posteriormente, inscrito no rol das doenças de causa psicológica. Howell (1985) aponta algumas características que o “coração de soldado” e o “*shell-shock*” compartilharam: 1) Em primeiro lugar, tanto um quanto outro tiveram como sintomas principais a falta de ar e a instabilidade nervosa; 2) Eram menos comuns em homens acostumados anteriormente ao serviço ativo e ao trabalho; 3) Geralmente, traziam em seu bojo a questão da possibilidade de fingimento (“*malingering*”); 4) Os dois redundaram na criação de centros especiais para estudo e tratamento; 5) No pós-guerra, ambos criaram problemas para o Ministério das Pensões da Inglaterra.

Além disso, é interessante notar, tal como o historiador aponta, que a frequência em que o “coração de soldado” aparece nos textos da época sobre o “*shell-shock*” é muito maior do que o inverso. A explicação pode estar relacionada a algo como o *status* secundário das teorias psicológicas, se comparado ao *status* das doenças anatômicas e fisiológicas do coração. Talvez, como resultado disso, o “*shell-shock*” tenha sido geralmente relacionado ao

¹⁰⁹ Cf. Mackenzie (1920); Lewis (1918, p. 33, tradução nossa), respectivamente.

¹¹⁰ Ibid. p. 338.

“*malingering*” ou à covardia, portanto, o remédio, geralmente, era a punição. Embora o “*malingering*” também estivesse presente na discussão em torno do “coração de soldado”, tais pacientes, aparentemente, não foram punidos com a pena capital.

2.3 Primeiras reações aos “*shell-shocked*”

*The man complained he could not eat
Nor could he drink or sleep
He feared to hear his own heart beat
His pain was real and deep*

**W. Milligan, “The Resourceful Medico”
3rd London General Hospital Gazette**

Mais do que um termo médico, o “*shell-shock*” designava tudo aquilo que se materializava individualmente nas formas mais variadas de sintomas. O pavor que assolou a I Guerra Mundial não se materializou somente nos males cardíacos dos soldados, já que o “*shell-shock*” reuniu não só palpitações, mas cegueira, tiques diversos e paralisia dos membros. Tal condição, embora tenha se alastrado por todas as tropas envolvidas no conflito, destacou-se em território britânico, tornando-se, conforme observam Jones e Wessely (2005), o tema dominante na literatura das doenças funcionais dos soldados. Vale observar que, embora tenha ficado conhecida como uma nomenclatura especificamente médica, tal expressão, segundo Leese (2002), derivada das palavras em inglês “*shell*” (casca, cápsula), e “*shock*” (choque), não tem origem no vocabulário médico especializado, mas no vocabulário popular. Com o avançar da guerra, rapidamente impregnou o imaginário coletivo europeu.

Em setembro de 1914, um mês após o início do conflito, os primeiros soldados britânicos retornaram com esta condição. Como nenhum centro especializado havia sido preparado para a recepção destes soldados, os quais eram vistos como insanos, a maior parte deles era enviada para asilos (BARHAM, 2007) ou hospitais gerais (SALMON, s/d).¹¹¹ Acreditava-se que os sintomas – paralisia dos membros, cegueira temporária, mutismo, surdez, tremores, tiques, palpitações, sudorese intensa, alucinações, entre outros – tinham

¹¹¹ Uma grande parte dos acometidos de “*shell-shock*” também foi enviada ao paredão de fuzilamento, ao invés dos asilos, como veremos mais à frente.

origem na explosão de artefatos explosivos (bombas, granadas, por exemplo), a qual afetaria algum tecido do sistema nervoso central, i.e., medula espinhal ou cérebro (NOYES e KOLB, 1958).

Charles S. Myers, que servia no *Royal Army Medical Corps*, foi o primeiro médico a escrever sobre tal condição num jornal especializado. Em seu artigo de 1915, cujo pano-de-fundo teórico é o fisicalismo, Myers descreve o primeiro caso, um soldado de 20 anos que até a primeira batalha não havia sentido pavor. Ele “estava no melhor dos espíritos até as bombas explodirem sobre ele” (MYERS, 1915, p. 316, tradução nossa). Durante o bombardeio, o soldado ficara preso no arame farpado durante um pesado bombardeio alemão. “Após uma granada na sua frente, sua visão tornou-se obscurecida. Outra estourou atrás dele, dando-lhe um choque maior – foi como um soco na cabeça, sem qualquer dor posterior”, afirmou Myers (1915, p. 316, tradução nossa). No início da guerra, a despeito do artigo de Myers, as explicações fisicalistas não predominam.

Como bem observa Loughran (2009), neste momento, quando são discutidas as teorias de causação física, elas são vistas somente como causas *possíveis*. De acordo com esta autora, tal pluralidade de estilos conceituais é uma herança da medicina pré-guerra. Uma herança que influenciou as primeiras observações e formulações teóricas sobre o “*shell-shock*”. A existência de concepções não dogmáticas, e que abarcavam explicações de orientações diversas, reforça o argumento de Harrington (2003) de que muitos conceitos médicos importantes da época, tais como “trauma”, “nervos”, “choque” e “funcional”, não tinham uma definição precisa, referindo-se ora à dimensão mental, ora à corporal.

Logo no início, a comunidade assemelhou o “*shell-shock*” às neuroses traumáticas civis provocadas pelos acidentes em ferrovias ou fábricas.¹¹² Leese (2002, p. 15) sustenta que o ponto de partida mais apropriado para se entender o “*shell-shock*” da I Guerra Mundial coincide com o período em que surgem as primeiras “neuroses traumáticas”, isto é, o último quartel do século XIX. Segundo ele, para se entender o denominado “*shell-shock*”, décadas depois, seria preciso compreender os desenvolvimentos tecnológicos e as transformações sócio-culturais deles decorrentes, tanto na Europa quanto nos EUA. Ainda segundo o autor, o clima de guerra vivido pela sociedade civil só encontra paralelo, num momento anterior ao inverno de 1914, entre as vítimas de acidentes ferroviários (LEESE, 2002, p. 15).

¹¹² Cf. os seguintes de autoria anônima: “Nervous and Mental Shock among the Wounded”, *British Medical Journal*, v. 2, p. 802–803, 1914; “French Wounded from Some Early Actions”, *British Medical Journal*, v. 2, p. 853–854, 1914; “The War and Nervous Breakdown”, *Lancet*, v. 1, p. 189–190, 1915.

A comparação das trincheiras com as locomotivas é plausível, mas apenas num sentido restrito. A tentativa de equiparar os dois contextos sócio-históricos é válida apenas na medida em que em ambos os contextos, a vítima está à mercê de eventos externos. Em ambas as situações, o impacto da colisão ou da explosão é imprevisível, sendo mesmo inevitável. Outras semelhanças entre os dois contextos são as continuidades relativas aos debates que surgiram sobre a causalidade - mental ou física - da doença, bem como a ligação entre a histeria e a feminilidade dos traumatizados. Deve-se dizer, contudo, que as coincidências param aí. Ainda que a experiência de acidentarse na ferrovia ou na fábrica possa efetivamente ganhar contornos trágicos, não é comparável à vivência de uma guerra como a ocorrida entre 1914 e 1918.

Por conta disto, surge neste momento uma literatura para sustentar que particularmente a I Guerra Mundial, conhecida como “guerra industrial” ou “moderna”, predispunha os soldados ao desenvolvimento de patologias mais graves do que as guerras anteriores. A exposição “às condições do campo de batalha” e ao “efeito depressor das visões e sons horríveis dos campos de batalha modernos” poderia causar uma condição jamais vista anteriormente - afirmou um médico inglês.¹¹³

Em 12 de dezembro de 1914, em face do número crescente de soldados acometidos dos sintomas típicos do “*shell-shock*”, e por causa da preocupação das autoridades médicas militares, o *The Lancet* comentou:

Não há dúvidas de que seria precipitado tentar tirar conclusões de ampla aplicabilidade em relação a qualquer conexão entre a tensão e o peso da guerra e o desenvolvimento da histeria, da neurastenia, das psico-neuroses traumáticas etc. Não obstante, aqueles que entram contato com a parte nervosa dos casos retirados da guerra, começam a notar a frequência com que a histeria, os traumáticos e outros se mostram, não apenas entre os belgas, mas também em oficiais e homens de nossas próprias forças (THE LANCET, 1914, p. 1388, tradução nossa).

Em seguida, foram citados casos típicos da doença, tais como o de dois soldados belgas que tinham estado nas proximidades de áreas bombardeadas. Um deles foi atingido por um pedaço de madeira e outro ficou enterrado sob uma pilha de escombros. Embora nenhum tivesse apresentado lesões sérias, ambos desenvolveram paralisia dos membros. Além destes, dois oficiais britânicos foram afetados por paralisia dos membros (THE LANCET, 1914). Um dos soldados, estando hospitalizado para se recuperar de disenteria, subitamente, suas pernas se tornaram fracas e doloridas. O segundo, poucos dias após deixar o front para tratar de dores

¹¹³ “Nervous and Mental Shock among the Wounded”, 1914, p. 802, tradução nossa.

nas costas, desenvolveu paralisia no pé direito e perda parcial das funções do braço direito. Os quatro soldados gozavam de excelente condição física e nenhum sofria de qualquer problema nervoso em sua vida pregressa. O quadro era misterioso. O editorial do Jornal especulou se os “rigores” da campanha os tinham afetado mais do que eles haviam imaginado:

Permanece aberta a questão se os fatores físicos, tais como fadiga, fome, tensão pela responsabilidade e pela atenção constante aos órgãos, se a concussão de ar repetida por explosivos etc., pressiona, em alguma região desconhecida, o sistema nervoso destes que estavam aparentemente absolutamente normais. (...) No mínimo, é uma questão para (...) séria discussão (...) Seria um erro concluir, apressadamente, a partir de dados insuficientes, mas em tal conexão há matéria para investigações posteriores produtivas (THE LANCET, 1914, p. 1388, tradução nossa).

Ninguém se arriscava a afirmar com contundência a “verdade sobre a natureza” do “*shell-shock*”. Assim sendo, não é difícil entender a razão da *pluralidade* marcante nos artigos sobre a condição em questão. Num artigo de março de 1915, o oftalmologista John Herbert Parsons [1868-1957] sustentou que a cegueira traumática era uma “ferida da consciência” porque nenhuma lesão orgânica poderia ser demonstrada. Ele aceitava a possibilidade de uma lesão neural não observada, formulando uma etiologia puramente psicológica para o distúrbio (PARSONS, 1915). Os que responderam a esse artigo aceitaram que o distúrbio fosse puramente mental e pertencesse a uma região das ideias, oferecendo exemplos de casos semelhantes produzidos por ansiedade, discutindo os possíveis mecanismos de “defesa” e de “ansiedade” envolvidos na produção sintomatológica (PARSONS, 1915).

Quando os médicos insistiam na causalidade puramente física do “*shell-shock*”, faziam-no dentro de uma perspectiva funcional. Nos trabalhos de Elliot (1914) e de Evans (1915), por exemplo, eles utilizam a mesma estratégia retórica, qual seja, a de que, embora a maior parte dos casos fosse indubitavelmente funcional, era *possível* que alguns resultassem de lesões orgânicas reais. Em outras palavras, as teorias puramente fisicalistas eram uma *alternativa* e não a regra. Constantemente, o “*shell-shock*” era enquadrado como o resultado da “totalidade da guerra”. Como um autor explicou: “pouco importa (...) o que está exatamente ligado a estes casos. (...) É suficiente que eles sejam o produto da guerra moderna sob condições modernas”.¹¹⁴ Na lista de fatores que predispunham ao “*shell-shock*”, podemos

¹¹⁴ “Lord Knutsford’s Special Hospitals for Officers”, 1915, p. 1201, tradução nossa.

contar a ansiedade, a fadiga, a perda de fome, além da lembrança dos “horrores do campo de batalha”, concussão, sobrecarga e “visão de sangue, de sofrimento e de morte”.¹¹⁵

Segundo MacCurdy, a expressão “*shell-shock*” logo foi adotada pelo *War Office*, em Londres, para o diagnóstico de qualquer tipo de “neuroses”. De acordo com as descrições de MacCurdy, os soldados eram acometidos de ataques nos quais os seus rostos apresentavam sinais de fadiga e suas sobrancelhas franzidas davam-lhes uma aparência de mal-estar crônico. Eles pareciam carregar um grande peso e só conseguiam mover o corpo com grande esforço, apresentavam expressões indicadoras de um sofrimento mental maior do que uma dor física, além de maneirismos nervosos, como piscadelas de olho ou contorção da face, acompanhados de movimentos vigorosos da cabeça. Outra complicação frequente era a depressão. Segundo MacCurdy, esta tomava a forma de sentimentos de auto-piedade ou vergonha, por conta das suas incompetências e covardias. Frequentemente, tal estado levava o soldado a desenvolver pensamentos obsessivos sobre os horrores que suportara no campo de batalha (MACCURDY, 1918).

Deve-se ressaltar, na esteira de Barham (2007), que muitas análises médicas estão menos preocupadas com as explicações etiológicas ou com a demarcação dos sintomas exatos do que com o *status* militar do doente. Estas análises simulam uma neutralidade científica, porém, sob a roupagem médica, isenta de preconceitos, tal como constatamos nos períodos anteriores, elas tendem fortemente a descrever as doenças *de acordo* com a patente ou com o *status* social do soldado. No pensamento do próprio John MacCurdy, expresso em *War Neuroses* (1918), constatamos a ideia de que os *oficiais de alta patente eram particularmente mais propensos a sofrer de angústia*. Eles “ansiavam pela morte durante o período de peso e de fadiga que precedia o colapso final”. Já os soldados de baixa patente, eram vítimas, em sua maior parte, de manifestações histéricas, tais como histeria de conversão, em que “tinham o desejo por desenvolver uma incapacidade, por uma ferida de ‘*Blighty*’ ou por alguma doença incapacitante”.¹¹⁶

Analisando a obra de W. H. R. Rivers [1865-1922], Barham (2007) observa que aquele importante nome da medicina militar britânica desenvolveu um modelo psicobiológico onde há um quadro hierárquico de evolução biológica *à la* Roberts Bartholow¹¹⁷. Nele, o doente se encaixaria de acordo com o seu estado evolutivo. Os soldados são enquadrados no

¹¹⁵ “The War and Nervous Breakdown”, 1915, p. 189, tradução nossa.

¹¹⁶ Tradução nossa. Cf. Barham (2007).

¹¹⁷ Sobre Roberts Bartholow, cf. o sub-capítulo 1.2.

nível mais baixo da cadeia evolucionária, pois o seu instinto de sobrevivência é “egoísta”, sacrificando os interesses do grupo em proveito próprio. Os oficiais de alta patente enquadram-se no nível mais alto da escala, pois, mesmo estando sob a sensação de medo intenso, sacrificam seus próprios interesses em nome do bem-estar coletivo (RIVERS, 1920). Barham lembra que Rivers acreditava que os soldados comuns ficavam “relativamente felizes” quando eram retirados do *front*, ao passo que seus comandantes, mesmo estando a salvo, em casa, ficavam ansiosos e deprimidos pelo fato de terem sido obrigados a se retirarem do fogo cruzado. Young também critica, de forma incisiva, a abordagem de Rivers, afirmando que o “oficial neurastênico de Rivers era totalmente distinto do soldado comum” (YOUNG, 1995, p. 87, tradução nossa). Tais críticas estão de acordo com o magistral estudo realizado por Oppenheim a respeito dos diagnósticos médicos feitos sob influência de ideias de gênero e classe. Segundo ele, “a perspectiva de classe e o preconceito sempre intervieram entre os médicos burgueses e os seus pacientes da classe operária, lançando, inevitavelmente, uma luz muito distinta sobre o sofrimento dos ricos e o dos pobres” (OPPENHEIM, 1991, p. 28, tradução nossa).

Em dezembro de 1914, um importante neurologista do *National Hospital for the Paralyzed and Epileptic – Queen Square*, William Aldren Turner [1864-1945], foi enviado à França como coronel temporário logo após ficar evidente para o Governo o forte aumento dos casos psiquiátricos (JONES e WESSELY, 2005). Durante três meses, ele percorreu hospitais de base na França, investigando e descrevendo alguns dos seus casos que havia testemunhado. A maior parte dos pacientes examinados tinha idade entre vinte e dois e vinte e três anos (TURNER, 1915). Suas condições haviam sido causadas ou pela proximidade das explosões ou pela exaustão provocada por sobrecarga física, falta de sono e outras circunstâncias associadas à campanha militar. Na opinião de Turner, muitos pacientes estavam em estado de “estupor histérico” e pareciam reviver incessantemente as experiências terríveis do *front*. Alguns sofriam de mutismo, outros de perda de memória, cegueira ou neurastenia. Os pacientes em pior estado estavam sendo enviados de volta à Inglaterra. Já aqueles cujos casos eram menos graves se recuperavam após um rápido descanso e eram enviados de volta à sua tarefa.

Em março de 1915, *Sir John French* comandou uma ofensiva na área da *Neuve Chapelle*, França. Embora o ataque tenha obtido relativo sucesso, a *British Expeditionary Force* pagou caro pelos ganhos territoriais. Um soldado lembrou a experiência aterrorizante por que passou: “Eu queria estar doente por ver todos esses pobres homens, alguns deles batiam com as suas caras em todo o canto. Você nunca verá nada igual a isso. A morte me

apavorava” (MACDONALD, 1996). Em outro combate, a segunda batalha de Ypres, entre o final de abril e o final de maio, marcado por contínuos ataques e contra-ataques de ambos os lados, um soldado alemão - do outro lado do *front* - descreveu o que viu:

O campo inteiro está amarelado. O campo de batalha é tenebroso. Um azedo estranho, pesado, um penetrante aroma de corpos mortos (...) de vacas e porcos deitados, partidos ao meio; árvores destruídas, os destroços das avenidas; crateras de granadas atrás de crateras de granadas nas estradas e nos campos (EDMONDS, 1937, p. 303, tradução nossa).

O “amarelado” do campo provinha do horror que os alemães adicionaram, neste período, à guerra moderna: o gás venenoso. Utilizado pela primeira vez nas posições francesas no sul de Ypres, o gás tinha a aparência de uma nuvem amarelo-esverdeada. Os que não morriam asfixiados abandonavam as trincheiras e cambaleavam nas proximidades. Os oficiais britânicos próximos aos campos envenenados testemunharam “uma torrente de seres humanos apavorados, (...) tossindo e apontando para suas gargantas enquanto fugiam” (HART, 1973, p. 183, tradução nossa).

Um major da infantaria, participante de muitos ataques fracassados nas posições alemães próximas a Ypres, escreveu que as tropas, assim que emergiam das trincheiras e começavam a avançar, eram atingidas e massacradas pelas balas, bombas e granadas. Ele lembra: “A matança era cruel. Ao longo do vale, (...) os mortos e moribundos eram arremessados ao ar e caíam em montes mutilados” (MACDONALD, 1996). Um cabo contou que ele e vários outros estavam atrás de uma proteção quando uma bomba explodiu ali perto. Então, dois homens tiveram ambas as pernas cortadas fora. “Um viveu alguns minutos, o outro sobreviveu por meia-hora”. O soldado logo se acostuma à visão de cadáveres, mas raramente à visão do horrivelmente ferido. Um deles descreveu a cena que viu: um homem sendo carregado com o seu rosto coberto por uma faixa. “Quando a faixa foi tirada, nós o vimos sem olhos, sem nariz, sem queixo, sem boca – e ele estava vivo”. O médico responsável ordenou que fosse dado ao homem o quádruplo da dose usual de morfina e, finalmente, pôde realizar a sua intenção: o homem foi sacrificado.¹¹⁸

Como comenta Bogacz (1989), a população civil estava extremamente atordoada pelos horrores da guerra, pois fora severamente educada no cultivo do “caráter” e da força moral. Ora, os desastres que era obrigada a testemunhar colocaram em cheque os limites do controle rigoroso de suas “vontades, pensamentos e ações”. Para *Lord Moran* (1967), inspirado no

¹¹⁸ Ibid.; Ibid., tradução nossa.

modelo inglês de moralidade, a força da guerra tinha suas raízes na moralidade. A guerra, em si, seria mais um teste, aliás, o teste supremo para o caráter do soldado.

No fim de março de 1915, Charles S. Myers, outro oficial do *Royal Army Medical Corps*, foi nomeado para substituir o Dr. Turner no cargo de neurologista do *War Office* (WESSELY e JONES, 2005; BABBINGTON, 1997). Entre outras tarefas, foi requisitado para visitar hospitais na França e selecionar os pacientes cujo quadro exigisse a transferência para instituições apropriadas na Inglaterra. Myers decidiu organizar um setor mental no hospital base em Bolonha onde pudesse fazer os tratamentos. A única acomodação disponível para o setor mental era o último andar de uma grande construção recente e projetada para servir como hotel, mas convertida em Hospital Geral antes mesmo de ser inaugurada. O setor era pequeno, pouco ventilado e superlotado. Além das condições precárias da estrutura material do hospital improvisado, outros fatores também dificultaram a missão de Myers. Muitos dos pacientes gravemente acometidos de “*shell-shock*” estavam apavorados pela possibilidade de serem enviados para os asilos lunáticos (MYERS, 1940).

Os serviços médicos na Inglaterra eram pessimamente preparados para receber o fluxo de casos mentais. Em 1º de maio de 1915, um editorial do *The Lancet* observou: “Os problemas no manejo dos casos de perturbações de ordem nervosa e mental em soldados no serviço tornou-se, no momento presente, um assunto de séria dificuldade e de importância prática considerável”.¹¹⁹

Naquele ano, os pacientes que chegavam da França eram enviados ao *Royal Victoria Hospital*, em Netley ou ao *4th London General Hospital* (MAPOTHER, 1936).¹²⁰ O tratamento reconhecido como oficial para o “*shell-shock*” consistia então em manter os pacientes em condições de quietude, descanso e relaxamento. O médico capitão Wilfred Harris [1869-1960], cujo livro sobre lesões e choque de nervos foi publicado em 1915, acreditava num prognóstico favorável para a maior parte deles. Segundo ele, os homens poderiam ir às lágrimas, caso se pedisse a eles (principalmente àqueles cujo regimento havia

¹¹⁹ “Nerves and war: the mental treatment Bill”, *Lancet*, p. 919, 1915, tradução nossa.

¹²⁰ Os outros soldados eram dispersos ao longo de todo país num número cada vez maior de centros de tratamento. Entre eles, havia o *Red Cross Military Hospital*, em Maghull, o *Springfield War Hospital*, em Wandsworth, o *National Hospital for Paralyzed and Epileptic*, no Queen Square, em Londres, *Nº2 Western General Hospital*, este último, aberto em outubro de 1916 (SALMON, 1917 apud WESSELY e JONES, 2005). Segundo Leese (2002), desde o surgimento do “*shell-shock*”, em outono de 1914, quando começaram a chegar à Inglaterra os casos de perda de fala e paralisia de membros, os médicos, gerais e políticos discutiram as origens e os melhores tratamentos. Discutiu-se a construção de redes de tratamento ao longo do Canal da Mancha de modo a permitir a evacuação dos soldados. Com o rápido crescimento do número de pacientes, os centros especializados de Netley e Maghull foram rapidamente preenchidos. Com isso, na primeira metade de 1915, o tratamento conheceu uma rápida expansão. Para ver a extensa rede de hospitais criados ao longo de toda a ilha britânica, cf. Leese (2002, p. 68).

sido dizimado) que descrevessem suas experiência no *front*. Quanto à possibilidade de cura, dizia que os casos de choque nervoso poderiam ser rápida ou imediatamente curados se fossem tratados com os métodos adequados (HARRIS, 1915).

Alguns médicos desenvolveram a teoria de que os melhores resultados poderiam ser alcançados, bastando induzir os pacientes, sob hipnose, a recriar os eventos que os conduziram à crise. O Dr. W. Brown destacou-se neste método. Com o seu paciente deitado em sono hipnótico, colocava as mãos sobre a sua testa e o fazia voltar às trincheiras, vivenciando novamente suas experiências de pavor (STRECKER e APPEL, 1945).

Em 1915, o *Lord Knutsford*, um filantropo e reformador de hospitais, fundou quatro hospitais privados para oficiais neuróticos de guerra. O primeiro deles foi aberto em janeiro “para observação e tratamento de oficiais incapacitados para o serviço devido à tensão da guerra e aos horrores das trincheiras”.¹²¹ Este hospital foi instalado num casarão particular de Londres. Na casa, cada quarto tinha paredes cinzas simples, sem quadros outros ornamentos. Os oficiais recebiam a alimentação, sozinhos, em seus quartos, exceto o chá da noite. Era permitido sair para um passeio curto e solitário no *Kensington Gardens* todos os dias.

Pouco ou nenhum tratamento ativo era dado, a despeito do uso ocasional de massagens, choques elétricos ou terapia de sugestão, que tinham o objetivo de explicar ao paciente “os mecanismos de seu processo mental retardado”. Em média, os oficiais permaneciam em sua atmosfera de reclusão durante três e quatro semanas até serem enviados ao *Hospital N°2*. No entanto, uma parte deles queixava-se de tratamentos duros e de condições desconfortáveis às quais eram submetidos em outros lugares, como na França.

2.4 Os tratamentos “ativos”

Why are they not cured?

Peter Leese

Alguns dos soldados que sofriam de paralisia alegaram ser duramente torturados com choques elétricos ou, conforme o eufemismo da época, com “tratamentos ativos”. Dr. Lewis Yealland era um neurologista canadense do *Queen Square*, famoso pelo uso de seu

¹²¹ “Lord Knutsford’s Special Hospitals for Officers”, 1915, p. 1155, tradução nossa.

“faradismo”, método que consistia em aplicar descargas elétricas em várias partes do corpo a fim de curar paralisias e afonias funcionais. Segundo ele, o faradismo aumentava o poder de sugestão. Credo que os soldados com sintomas funcionais sofriam de fraqueza da vontade, Yealland acreditava ser indispensável a utilização de métodos vigorosos no processo de reeducação dos soldados. Valendo-se de sua vasta experiência neste tipo de tratamento, ele aconselhou: “Deve ser lembrado, entretanto, que o faradismo empregado sem sugestão e persistência falhará” (YEALLAND, 1918, p. 3, tradução nossa).

Este tratamento obteve alta taxa de sucesso, parcialmente devido ao medo que o tratamento provocava no paciente. Um assistente relatou uma sessão na qual o paciente foi avisado de que não deixaria a sala até ser curado. Segundo Yealland, quatro horas de choques eram suficientes para remover todos os sintomas. O homem era imobilizado numa cadeira durante vinte minutos, enquanto uma forte corrente elétrica era descarregada no pescoço e na garganta. Também eram utilizadas outras formas de “sugestão”, tais como cigarros acesos na língua e queimaduras de pele, estas últimas realizadas com materiais aquecidos até altas temperaturas, os chamados “pratos quentes”.¹²²

Com a divulgação em livro desses casos, Yealland pretendia demonstrar a eficácia de seus métodos de tratamento, porém, recebeu várias críticas, como as de Myers, que condenou o uso de tratamentos físicos numa carta ao *Lancet*, em 27 de dezembro de 1919, advertindo que tais medidas não só eram desnecessárias, mas eram também perigosas (MYERS, 1919). Outros médicos adotaram o faradismo, porém, conforme revela uma análise recente (LEESE, 2001), somente trinta e três pacientes de um total de duzentos foram tratados com eletricidade no *Queen Square*.

Este tipo de tratamento não foi exclusivo dos ingleses. Na Alemanha, tal *ars medica* foi amplamente utilizada. O Dr. Kaufmann, por exemplo, que tinha o objetivo de “curar” os neuróticos, aplicava a técnica numa atmosfera de estrita disciplina militar. “A partir do momento em que o paciente era admitido no hospital, ficava impressionado com o espírito do local. Embora tivesse de passar pelo tratamento doloroso, ele era avisado que a cura seria completa e permanente. Aplicava-se então uma série de choques elétricos, “suplementados por vigorosas palavras de sugestão”. O processo deveria continuar por horas até que o médico tivesse satisfeito. Depois, o paciente era mantido no hospital por várias semanas para se

¹²² Ibid. p. 7, tradução nossa.

recuperar e diminuir as possibilidades de recaída.¹²³ O campo de batalha deveria ser o seu próximo destino.

Após a guerra, em Viena, surgiram muitos relatos de que soldados alemães e austríacos que sofriam de neuroses haviam sido brutalmente tratados por médicos do exército. O Ministério da Guerra Austríaco levou o caso a julgamento por um tribunal e convidou o então renomado médico vienense Sigmund Freud a comparecer na qualidade de testemunha especializada (“*expert witness*”). Freud concordou e produziu um memorando sobre “O tratamento elétrico dos neuróticos de guerra.”. Sobre os tratamentos elétricos, ele escreve:

Esse procedimento terapêutico (...) ostenta desde o início um estigma. Não se destinava à recuperação do paciente, ou, pelo menos, não em primeira instância; destinava-se, acima de tudo, a restaurar a sua aptidão para o serviço. Nisso a medicina servia a propósitos estranhos à sua essência. O próprio médico estava sob comando militar e tinha seus próprios perigos a temer – perda de posição ou uma acusação de negligenciar o dever -, se se permitiu ser levado por considerações outras além daquelas que lhe foram prescritas. O insolúvel conflito entre os direitos de humanidade, que normalmente pesam para um médico de maneira decisiva, e as exigências de uma guerra nacional estavam fadados a confundir a sua atividade (FREUD, 1969 [1920], p. 268).

Embora esse tratamento fosse realizado com sucesso, afirmou Freud, os seus resultados não eram duradouros. Estava baseado numa ideia falsa de que os neuróticos de guerra eram “*malingers*”. O motivo inconsciente dos sintomas do paciente era escapar da guerra, mas ele não estava consciente disso. A dor da descarga elétrica tinha sido mais intolerável do que o *front*, e, assim como ele fugira da guerra através do desenvolvimento da sintomatologia, ele era compelido pelo tratamento a “fugir da doença para a saúde, isto é, para a prontidão ao serviço”. No entanto, uma vez de volta ao *front* e encontrando-se sob o fogo novamente, o medo das descargas elétricas diminuía, do mesmo modo como, durante o tratamento, diminuía o medo da linha de frente. Inevitavelmente, os sintomas neuróticos retornavam e ele novamente caía numa condição neurótica. Em outros termos, Freud sustentou que os médicos do exército aumentaram a intensidade das descargas até um grau de intolerância tamanho que, sob tais circunstâncias, resultasse mais vantagem para o soldado voltar ao *front*. Finalizou: “Jamais foi desmentido o fato de que nos hospitais alemães houve mortes nessa época, durante o tratamento, e suicídios em consequência dele” (FREUD, 1969 [1920], p. 269)

¹²³ “Notes from German and Austrian Medical Journal, disciplinary treatment of shell-shock”, 1916, p. 882.

2.5 Os “*shell-shocked*” na mira dos fuzis

Os horrores pelos quais os soldados passavam não se restringiam ao campo de batalha e à tortura elétrica. Quando, por algum motivo, o soldado era considerado covarde ou desertor, ou quando fracassavam todos os intentos de mantê-lo na linha, ele era levado a julgamento perante as cortes marciais. Diante da corte, em qualquer circunstância, era inútil para a defesa alegar o diagnóstico de “*shell-shock*”. Isto ocorreu com um soldado de 20 anos que não esteve presente nas trincheiras da batalha de Ypres em 1º de março de 1915. Seu comandante o descreveu como “um homem comportado, mas que, particularmente, não era inteligente”. O soldado, em sua própria defesa, afirmou não saber o motivo que o obrigara a deixar a trincheira, enquanto sua tropa estava sendo bombardeada. Mesmo que neste momento ele tenha perdido completamente a consciência, foi sentenciado à morte e fuzilado. Não houve qualquer exame médico.¹²⁴ Um caso bastante semelhante envolveu um jovem de vinte e um anos, acusado de deserção em junho de 1915. Ele se defendeu, dizendo que havia perdido a memória. Isto teria sido provocado pela destruição de seus nervos (“*shattered nerves*”), segundo suas palavras, como resultado do que viu no campo de batalha. Novamente, foi afastada a realização de exames médicos antes de sua execução.¹²⁵

Mesmo os relatos médicos mais favoráveis eram inúteis na tentativa de salvar os soldados da execução sumária. Como no relato de um médico que tentou justificar a ausência de um soldado de vinte anos: “Embora ele não tenha uma mente instável, sofre de neurastenia. Se ela é resultado do trauma de guerra (...) nós não podemos dizer.”, comentou o especialista em janeiro de 1916. A despeito do laudo, o homem foi fuzilado na Bélgica.¹²⁶ A maior parte dos médicos não estava disposta a defender os soldados. Existia por parte deles uma enorme resistência contra a aceitação da condição daqueles homens, predominando a ideia de que um desertor deveria realmente enfrentar o pelotão de fuzilamento. Até mesmo Myers comentou que, do ponto de vista militar, o desertor, sendo ‘insano, estava destinado ao asilo; no caso de ser responsável, deveria ser fuzilado (MYERS, 2011 [1940]). Afirmações como esta eram a regra, e não a exceção, durante toda a Primeira Guerra Mundial

¹²⁴ Sumário da Primeira Guerra Mundial / Casos de Corte Marcial; Corte marcial do Privado T. Docherty, 1º de março de 1915 apud Babbington (1997).

¹²⁵ Corte marcial do Privado T. Harris, 12 de junho de 1915 apud Babbington (1997).

¹²⁶ Corte marcial do Privado J. Docherty, 3 de fevereiro de 1916 apud Babbington (1997).

Enviado para lutar na famosa Batalha do Somme¹²⁷, na França, o soldado Eric Poole [1885-1916] foi acometido de “*shell-shock*”, após ser atingido por uma nuvem de terra durante um bombardeio em 7 de julho de 1916. Após a recuperação, retornou ao seu batalhão em fins de agosto. Em sua defesa, ele afirmou ter sido o “*shell-shock*” a causa de sua perturbação, contribuindo decisivamente para que ele “ficasse confuso e (...) tivesse grandes dificuldades para se decidir”. Foi nesta condição que ele saiu de seu platô em 5 de outubro de 1916, durante uma movimentação das trincheiras do *front* em Flers.

No julgamento, foi dito que os nervos de Poole pareciam ter sido destruídos. Segundo duas testemunhas de defesa, uma delas, um médico oficial do *Royal Army Medical Corps*, a condição mental de Poole afastava qualquer intencionalidade de deserção de seu grupo. Em seu próprio testemunho, o acusado sublinhou seus problemas médicos e confessou não ter tido consciência da “seriedade do ato de não ir para a linha de frente no dia 5 de outubro”. Mas a despeito dos argumentos da defesa, os cinco membros da corte consideraram Poole culpado por deserção e sentenciaram-no à “morte por fuzilamento”. Esse veredicto foi confirmado por *Sir Douglas Haig* em 6 de dezembro de 1916, três dias depois de uma comissão médica examinar Poole e concluir que “ele estava são de espírito e era capaz de apreciar a natureza e a qualidade de suas ações”. Em 10 de dezembro de 1916, um esquadrão o executou.¹²⁸

Outro caso ocorrido na Batalha do Somme foi descrito pelo estudioso Simon Wessely. Segundo o autor, não há controvérsia sobre a sequência dos fatos que ocorreram em setembro de 1916, provocando o fuzilamento do soldado Harry Farr em 16 de outubro do mesmo ano (WESSELY, 2006). Às nove horas da manhã do dia 17 de setembro, o seu batalhão se dirigia à linha do *front*, quando o soldado Farr pediu permissão para sair. Após ser enviado ao oficial médico, constatou-se que não havia nada de errado com ele.¹²⁹ Em face de sua recusa em marchar, seu comandante, um major, esbravejou: “*You are a fucking coward and you will go to the trenches. I give fuck all for my life and I give fuck all for yours and I’ll get you fucking well shot*”.¹³⁰ Às onze da noite, após a última tentativa de enviar Farr para o *front*, os dois entraram em luta corporal, resultando na fuga do soldado.

¹²⁷ Somme é o nome de um rio na França. A Batalha de Somme, que durou de julho a novembro de 1916, é considerada uma das batalhas mais sangrentas e bárbaras. Ali pereceram 415.000 britânicos e 650.000 alemães (totalizando 1.065.000).

¹²⁸ Caso retirado dos Arquivos Nacionais Britânicos: <http://www.nationalarchives.gov.uk/pathways/firstworldwar/people/poole.htm>, acesso em 12 de dezembro de 2010.

¹²⁹ A rigor, como afirma Wessely (2006) baseado nos documentos oficiais da corte marcial, não se tem certeza se Farr sequer foi realmente atendido por um médico neste dia.

¹³⁰ Apud Wessely (2006).

Na manhã seguinte, ele foi capturado e acusado de desertor. Em menos de uma hora, foi decidida a sentença que o condenou à morte. Apesar da sentença, Farr ainda poderia confortar-se com o fato de que era improvável a execução. Entre 1914 e 1918, de um total de 240.000 processos, apenas 3.080 resultaram em sentenças de morte. Destas 3.080 sentenças, apenas 346 (11%) foram levadas a cabo. Farr não fez parte dos restantes 2.734 condenados (89%). Para Wessely (2006), parte dos motivos que levaram à sua sentença parece ter relação direta com o sentido sócio-cultural que a categoria de “*shell-shock*” assumiu naquele contexto. Embora um oficial tenha testemunhado a favor de Farr¹³¹, a observação do General Cavan revela claramente o que estava em jogo naquele momento:

O peso da “covardia” parece estar claramente provado (...). O General da 6ª Divisão me informou que os outros soldados sabem que ele não é bom. Sendo assim, eu recomendo que a sentença seja levada a cabo (CAVAN, 1916 apud WESSELY, 2006, p. 441, tradução nossa).

Para entender-se adequadamente o que motivou inapelavelmente o veredito contra Farr, é preciso levar em conta, também na esteira de Wessely (2006), que o “*shell-shock*” não designa aquilo que fora chamado de “*railway spine*”, no fim do século XIX, e aquilo que atualmente é chamado de transtorno de estresse pós-traumático. Hoje, um sujeito diagnosticado com tal transtorno não é fuzilado. Já o soldado com “*shell-shock*” era um covarde. A diferença, portanto, entre uma categoria e outra reside nos significados histórico-culturais que cada propiciam sua emergência e sua percepção num determinado contexto. Tal força cultural pode chegar a moldar, como já tratamos anteriormente, o repertório de sintomas através dos quais cada paciente expressa sua doença. Isso pode ser exemplificado claramente com a característica de “*flashback*” do transtorno de estresse pós-traumático, descrita na atualidade, mas ausente nos arquivos médicos sobre o “*shell-shock*”.

A partir de 1916, por várias razões, em particular, os altos custos do tratamento dos soldados hospitalizados e das pensões, aumentou a pressão a favor de que o entendimento sobre o “*shell-shock*” deveria ser menos ambíguo (LOUGHRAN, 2009). As exigências militares demandavam teorias e ações médicas mais claras. Tal pressão contribuiu para mudanças profundas no cenário médico. Assim, cresceu o número de publicações especializadas que apontavam para a necessidade urgente de tornar claras as diferenças entre

¹³¹ Esse oficial afirmou através de carta: “*I cannot say what has destroyed this man’s nerves, but he has proved himself on many occasions incapable of keeping his head in action and likely to cause a panic. Apart from his behavior under fire, his conduct and character are very good.*” (WESSELY, 2006, p. 441, tradução nossa).

as doenças de causa física e as mentais, como os de Campbell (1916), de Turner (1916, p. 1073) e de Buzzard (1916, p. 1096). Ao mesmo tempo em que foram criadas as condições de surgimento de teorias claramente fisicalistas, estabeleceram-se as bases para que abordagens psicológicas ganhassem força, como nos trabalhos de Eder (1916), Myers (1916), Rows (1916) e Smith e Pear (1917). Vejamos cada um dos campos.

2.6 Teorias fisicalistas

Os artigos que buscavam fundamentar o “*shell-shock*” com base na hipótese de um dano cerebral surgiram em meados de 1915.¹³² No entanto, foi somente em fevereiro de 1916 que tal ideia ganhou força, tendo como principal porta-voz o renomado neurologista Frederick Mott [1856-1926], então diretor do *4th London General Hospital*. Ele acreditava que a morte e a destruição testemunhadas no *front* e o barulho ensurdecedor dos bombardeios, exauriam e sacudiam o sistema nervoso do soldado. Mott completa:

Ficar nas trincheiras por baixo da terra por dias ou semanas, exposto continuamente à umidade, ao frio, frequentemente por causa do perigo dos bombardeios, sob apavorante tensão e apreensão, pode baixar a resistência vital do mais forte sistema nervoso, de modo que o fato de uma granada estourar perto, ainda que não cause qualquer lesão visível, é suficiente para levar a uma perda repentina de consciência (MOTT, 1916, p. 331, tradução nossa).

Qualificando o “*shell-shock*” como uma forma de “*commotio cerebri*”, Mott formulou a hipótese de que as forças de compressão e descompressão, produzidas nas proximidades da área da explosão, provocavam hemorragias microscópicas no cérebro. Ele também levantou a hipótese de que a produção de monóxido de carbono pudesse intoxicar os tecidos cerebrais (MOTT, 1916). As ideias de Mott parecem ter sido disseminadas no meio médico, já que podemos encontrar, posteriormente, a citação do seu nome em vários trabalhos¹³³. Ele acreditava que um soldado poderia adquirir uma condição neurastênica na linha de frente, caso tivesse uma disposição neurótica, pois seria menos resistente aos terríveis efeitos do clima da trincheira. Deve-se destacar que, a exemplo de outros autores desta época, Mott

¹³² Em agosto de 1915, foi publicado no *Lancet* um editorial com o título “Nervous manifestations due to the wind of high-explosives”, *British Medical Journal*, vol. 2 p. 348.

¹³³ Em Campbell (1916), em Turner (1916, p. 1073) e em Clarke (1916, p. 49), por exemplo.

sustentava que os transtornos nervosos e mentais se desenvolviam principalmente naqueles que possuíam um sistema nervoso instável.

É importante acrescentar ainda que essas hipóteses partiam somente de experimentos laboratoriais, pois Mott nunca vivenciou a experiência de combate. Por outro lado, parte dos médicos que haviam vivenciado o *front* pessoalmente contribuiu para a crescente percepção que grande parte dos soldados que desenvolveram tais sintomas não tinham sequer estado perto de uma explosão, ou mesmo de uma zona de combate. A partir disso, as ideias fisicalistas começaram a perder força.

Uma parte dos psiquiatras, ao invés de filiar-se à teoria da lesão, acreditava que o “*shell-shock*” possuía um traço hereditário, passado de geração em geração e que predispunha à doença. Isso foi abertamente contestado por um número grande de médicos. A hereditariedade era um modelo explicativo muito útil à psiquiatria deste tempo. Isso fica evidente quando o eminente psiquiatra Robert Armstrong Jones combate o livro de Grafton Elliot Smith [1871-1937] e Tom Hatherly Pear [1886-1972] sobre o “*shell-shock*”, na *Nature* em 1917, criticando-os por suas tendências “ambientalistas” e defendendo que a hereditariedade era o principal fator no desenvolvimento da patologia. Aqui, a teoria fisicalista se articulava com a da hereditariedade. Porém, como sugere Loughran (2009), não se pode afirmar a existência de uma divisão clara entre aqueles que afirmavam a hereditariedade como fator que predispunha para a doença e outros que enfatizavam as experiências da guerra como fatores determinantes na causação da doença.

2.7 Teorias psicológicas

Como antes, ao médico deste período impunha-se a tarefa de detectar se um soldado tinha de fato o “*shell-shock*” ou estava fingindo. Harold Dearden, por exemplo, admitiu que a maior parte dos médicos não conseguia elaborar um diagnóstico preciso caso suas unidades estivessem próximas às trincheiras (DEARDEN, 1928, apud BABBINGTON, 1997). Em certa ocasião, ao ser chamado para servir como testemunha numa corte marcial, Dearden escreveu:

Fui ao julgamento determinado a não dar nenhuma forma de ajuda, pois detesto esses tipos; além do mais, tendo visto tantos bons companheiros irem em direção ao bombardeio durante a noite, ao tentarem fugir, fazem-me ficar com mais raiva deles.

Espero, realmente, que ele seja fuzilado (DEARDEN, 1928, p. 134, apud BABBINGTON, 1997, tradução nossa).

Para Ernest Jones [1879-1958], a maior parte dos neurologistas argumentava que, se não houvesse sinais de doença orgânica, o paciente obviamente estava simulando os sintomas (JONES, 1959). O psicólogo William McDougall [1871-1938] ouviu um médico oficial declarar que, caso não fosse achada evidência de lesão orgânica no sistema nervoso central, o indivíduo deveria ser fuzilado.

Na contramão desta corrente, havia um grupo para o qual não havia dúvida de que as explosões não eram a causa das neuroses. Assim pensava um capitão que relatou o que sofrera em julho de 1915¹³⁴: após três meses de batalha, em Ypres, seu batalhão havia sofrido muitas baixas e por três vezes consecutivas ele foi o sobrevivente mais experiente: “em junho, eu sabia que estava chegando ao fim de minha linha”. Nos dias seguintes, eles voltaram a sofrer um intenso bombardeio, o que causou uma devastação na trincheira e quase dizimou o batalhão. Na noite seguinte, os sete oficiais sobreviventes se reuniram para avaliar a situação. Durante a conversa, uma granada inimiga acertou o fosso, matando três oficiais. Mais uma vez, o capitão foi obrigado a assumir o comando dos sobreviventes: “O fato de que eu era o responsável poupou minha razão por um tempo. (...) [No entanto], quando eu vi os cavalos e pude compreender o que tinha acontecido, me acabei. (...) e eu não me importo de contar que chorei por uma semana” (BABBINGTON, 1997, p. 60, tradução nossa).

As interpretações psicológicas partiam, em grande medida, de oficiais que, embora não estivessem envolvidos diretamente no combate, acompanharam muitos casos ocorridos nas trincheiras. Observou o Capitão Harold Withshire, responsável, até agosto de 1915, pelo diagnóstico de casos psiquiátricos funcionais no *Nº 12 General Hospital*, em Rouen:

A exaustão psíquica gradual e o medo continuado constituem importante causa do “*shell-shock*”, particularmente em homens com predisposição neuropática (...) Na vasta maioria dos casos, a causa é algum tipo particular de choque psíquico. As visões horríveis são o fator mais frequente e potente na produção desse choque. As perdas e o medo de ser ferido também são importantes neste particular (WILTSHIRE, 1916, p. 1212, tradução nossa).

Em 1916, foram ganhando força, gradualmente, as ideias relativas à uma causação psicológica ou emocional. Alguns médicos que haviam vivenciado o *front* ou regiões próximas, como, por exemplo, *Lord Moran*, aceitavam estas ideias. Moran observou o que viu

¹³⁴ Wellcome Institute for the history of Medicine Library; R.A.M.C. 739/20 apud Babbington (1997).

em suas tropas que haviam voltado do combate. Para ele, as próprias formas de caminhar dos homens haviam perdido sua “primavera”; haviam perdido a “seiva”, estavam “secos” (MORAN, 1967). Algumas análises recentes, como o livro organizado por Freedman (1999), defendem que a invenção da categoria de “*shell-shock*” representou uma espécie de evento de intercessão entre o antigo asilo psiquiátrico e o divã do analista. Nesta obra, em particular, encontramos o capítulo de abertura dedicado à psiquiatria novecentista, o terceiro sobre a emergência da psicanálise, enquanto o segundo trata do “*shell-shock*”. Ou seja, o “*shell-shock*” no meio entre o “antigo modelo”, baseado no asilo e na nosologia dividida entre “doenças funcionais” e “doenças orgânicas”, e um novo modelo, com categorias próprias para doenças mentais.

O trabalho clássico de Martin Stone (1985) também se perfila neste grupo, pois enfoca a suposta virada psicológica ocorrida nos anos 1914-1918. O seu artigo “*Shell-shock and the Psychologists*”, publicado em 1985, é um importante trabalho da historiografia do “trauma” ou das doenças fóbicas em geral. Nesta obra pioneira, Stone afirma que o “*shell-shock*” substituiu o discurso da hereditariedade e do asilo psiquiátrico, contribuindo para o aumento da percepção da doença a partir de teorias e das técnicas psicodinâmicas. Em resumo, sua tese central é a de que o “*shell-shock*” teria redefinido determinados parâmetros das categorias de doença mental, possibilitando o descolamento de fatores culturais e econômicos em torno daquilo que afetava os soldados (STONE, 1985).

Tal interpretação tem sido confrontada por algumas leituras recentes que enfatizam justamente o fato de que, ao longo da guerra, o tratamento psicoterapêutico foi exceção ao invés da regra. (LEESE, 2001; SHEPHARD, 1996; BARHAM, 2004). Apesar de tais críticas, acreditamos que o trabalho de Stone é importante. Isto porque, no período de guerra, de fato ocorreu uma grande disseminação de ideias psicológicas, inclusive a partir das lições aprendidas pelos militares que tinham de lidar com os problemas que os soldados apresentavam. Assim, estamos de acordo com o que Barham (2004), Jones e Wessely (2005) e Shephard (2002) sugerem, o fato de que a I Guerra Mundial foi o ponto de partida para o desenvolvimento de uma sensibilidade alternativa às anteriores.

Assim sendo, também de acordo com Showalter (1987), Merskey (1991) e Bourke (1996), o “*shell-shock*” teria provocado uma autêntica revolução na medicina psicológica, partindo da ideia de que ele foi entendido, no início, como produto dos danos ao sistema nervoso, provocados pelos estilhaços dos explosivos, e que, gradualmente, passou a ser visto como um distúrbio de natureza psicológica curável através de psicoterapia. Neste sentido, mesmo que a ideia de uma transição *radical* neste período seja discutível, deve-se reconhecer

que após 1917, sobretudo, grande parte da literatura médica britânica dava crédito às etiologias emocional e psicológica para as neuroses de guerra. Dentre tais ideias, de acordo com o estudo de Stone (1985), grande parte dos médicos foi influenciada pelas da psicanálise, adquiridas durante os seus trabalhos nos hospitais militares. Com isso, ganhavam muita experiência no que diz respeito ao manejo clínico dos transtornos nervosos. Teriam sido eles, inclusive, os responsáveis pela produção de grande de livros de psicopatologia, no final dos anos 1910 e ao longo da década de 1920.

Neste contexto, quando a noção de psicoterapia não tinha uma força cultural importante, a recorrente utilização das ideias de Freud, pelos médicos, para explicar e tratar a ampla casuística do “*shell-shock*”, preparou o terreno para que a psicanálise pudesse se disseminar em território britânico. Nesta época, tanto a teoria quanto a terapia psicanalítica tinham o desafio de provar sua utilidade, em contraposição às abordagens convencionais.

Stone (1985) afirma que, embora a partir de 1916 tivesse em progressivo crescimento o número de adeptos das ideias psicanalíticas¹³⁵, foi em 1917 que apareceu uma torrente de artigos e livros médicos de orientação psicanalítica. Apesar das críticas feitas à psicanálise (que, basicamente, referiam-se ao papel da sexualidade nas neuroses), parte dos médicos desenvolveu abordagens terapêuticas influenciadas por ela. A maior parte destes médicos aderiu à psicanálise, em primeiro lugar, por discordar do modelo orgânico. Em seguida, defendiam que os resultados duradouros só podiam ser alcançados por meio da sugestão.

Pode-se notar, a título de exemplificação, o trabalho feito por Thomas Arthur Ross [1875-1941], no final da guerra. Atendendo no Maghull¹³⁶, Ross estava mais interessado no tratamento porque sua experiência o convencia de que a psicoterapia era o tratamento adequado para os com os quais era defrontado. Os medos trazidos à consciência – ele escreve - “deixam de ser uma fonte de ‘stress’ e, portanto, de sintomas” (ROSS, 1937, p. 131, tradução nossa).

Grande parte destes médicos valorizava, em especial, as noções psicodinâmicas sobre a etiologia das neuroses. A teoria freudiana ganhou bastante força em certos círculos do *Royal Army Medical Corps* graças ao artigo de Rivers intitulado “*Freud’s Psychology of the Unconscious*”, publicado no *Lancet*, em 1917. Na versão de Rivers, os sintomas eram

¹³⁵ Stone destaca os nomes de Ernest Jones, Eder, do analista junguiano Maurice Nicoll, dos psicólogos Rivers, McDougall e Brown, e vários outros pioneiros da psicologia médica na Inglaterra, tais como Bernard Hart e Hugh Crichton-Miller.

¹³⁶ Neste tempo, o Maghull reuniu vários médicos psiquiatras renomados, entre os quais, Myers, Grafton Elliot Smith, Tom Hatherly Pear, William Brown, W. R. Rivers, Bernard Hart (1879-1966), William McDougall (1871-1938) e Henry Yellowlee. Este hospital adquiriu respeito perante as autoridades militares, constituindo-se até o fim da guerra no principal centro de treinamento em psiquiatria militar.

produzidos por uma falha do mecanismo de repressão. Como muitas tropas não eram compostas por profissionais, mas sim por voluntários, elas não tinham tempo suficiente para construir um efetivo mecanismo para lidar com as fortes emoções. Ele escreve: Em face dos “desastres que nunca haviam sido vistos na história da humanidade, poucos imaginaram que as falhas de adaptação seriam tão numerosas e graves” (RIVERS, 1918, p. 173, tradução nossa).

Se os sintomas eram resultado de uma falha na adaptação do soldado às suas memórias perturbadoras, Rivers encorajava a ab-reação catártica para reintegrar o evento numa forma aceitável. Deve-se dizer que Rivers não integrou em seu modelo a hipótese de Freud de que a sexualidade infantil assumia uma função primária na neurose; argumentava que os sintomas dos soldados deviam-se, principalmente, ao conflito entre o desejo do soldado de preservar a vida e o dever para com seus camaradas (POYNTER, 2000). Por outro lado, conceitos como o de “repressão” e de “inconsciente” eram-lhe bastante úteis, de forma que, ao invés de ligar o “*shell-shock*” aos conteúdos da vida infantil, Rivers enfatizava o mundo emocional do campo de batalha. A vida sexual do soldado pouco tinha a ver com o “*shell-shock*”. Para ele, o medo era o aspecto afetivo de um instinto de auto-preservação – uma função mental que, falando em termos freudianos, não estava associada a impulsos libidinais inconscientes.

Ernest Jones, por mais que fosse considerado um psicanalista ortodoxo, não se opunha ao modelo de Rivers. Para ele, contudo, a etiologia do “*shell-shock*” não estava associada ao sentimento de medo, mas sim ao que ele chamou de *ansiedade mórbida*. Ele entendia que esta ansiedade não tinha relação com o instinto de auto-preservação. Para Jones, a substituição dos ideais da vida civil pelas atitudes de barbárie trazia de volta os impulsos sádicos que haviam sido reprimidos por um longo tempo. Em outros termos, o trauma da batalha servia como um canal por onde emergiam os impulsos sádicos. Em última instância, a guerra possibilitava a reconstituição de padrões emocionais configurados originalmente na vida familiar infantil do soldado (JONES, 1923).

Fica evidente que a adoção de uma “explicação psicológica” poderia abarcar sentidos muito distintos. Por mais que os sintomas pudessem ser reconhecidos como consequência de perturbações “emocionais”, algumas vezes, o tratamento sugerido consistia em “trabalho manual duro”.¹³⁷ Um médico poderia ter uma percepção dos sintomas psicológicos, mas recomendar exercícios respiratórios (MCDOWALL, 1918). Sendo assim, por mais que

¹³⁷ “The War: Notes from South-Eastern France” *British Medical Journal*, vol. 1, p. 768–9, 1916.

pudesse se encontrar, nos últimos anos da guerra, uma grande quantidade de médicos favoráveis à ideia de que o medo e a ansiedade eram possíveis causas das neuroses de guerra, alguns tratamentos consistiam em “induzir ao auto-despreendimento”, ou em ensinar os pacientes a não lembrar as experiências de guerra (FORSTER, 1918). Lionel Weatherly, proprietário de um asilo privado e correspondente regular de uma revista médica especializada na matéria, tinha muito interesse na hipnose e na psicanálise como formas de tratamento do “*shell-shock*”. Indicava, contudo, ferro, arsênico e Ovaltine, como tratamento. Todos eram úteis no tratamento de doenças mentais (WEATHERLY, 1918, p. 265).

Outro médico, confidencialmente, diagnosticou um jovem soldado como portador de Complexo de Édipo mal resolvido. No entanto, a terapia consistia em enviá-lo de volta a sua unidade para “olhar sua masculinidade uma vez mais” (CHAMBERS, 1919, p. 171, tradução nossa). Tudo isto sugere que a disseminação das teorias psicodinâmicas não é evidência de sua maior aceitação ou compreensão. Adoção de uma linguagem psicológica não vem acompanhada do entendimento do seu conteúdo.

2.8 II Guerra Mundial (1939-1945)

A decepção ameaça qualquer um que esteja em busca de textos publicados em tempos de guerra com o uso de linguagem que possa ser chamada de literária – que é, pontiaguda, iluminada, graciosa, irônica, engenhosa e interessante. Ao invés disso, o que se encontra é a impregnação de clichês e a ausência de espírito crítico.

Paul Fussel

Enquanto na Primeira Guerra Mundial há uma grande miscelânea de categorias médicas sobre o medo (consequência do papel que a nova cardiologia assumiu no atendimento dos casos cardíacos e da enorme pluralidade de abordagens sobre o “*shell-shock*”), dos anos 1940 em diante constatamos a virada epistêmica do olhar médico para uma única abordagem. Particularmente no meio psiquiátrico, deve-se salientar, desde já, que tal abordagem se constituiu em uma verdadeira *hegemonia* epistêmica: a teoria psicanalítica. É indispensável apontar neste período um aspecto de continuidade na forma empregada por alguns autores na abordagem do pavor que tomara conta do globo terrestre. Tal como antes, nos anos 1940 a literatura que tratou da guerra foi impregnada dos fatores morais, políticos e

econômicos, que se mesclavam, de uma forma ou de outra, às narrativas da Medicina. A citação feita no início deste sub-capítulo, retirada do trabalho do historiador Paul Fussel (1989), diz respeito a isto. Ele se refere aos autores que em meio à tragédia real falavam em “sonho americano” numa linguagem suave ou heróica. Um destes autores, James Truslow [1878-1949]¹³⁸, escrevera no ensaio “*The American Dream*”:

O nosso tipo de civilização, o conhecido “*American way of life*”, e o sonho americano estão em jogo. Não posso entrar em detalhes aqui, mas o mundo inteiro estará diferente quando esta guerra terminar. A vida será alterada em incontáveis maneiras, mas eu acredito que a causa dos homens livres prevalecerá e que o sonho americano, tão profundamente enraizado no coração americano, também sobreviverá. (...) Ele só pode ser perdido por nós mesmos, embora eu não acredite que vamos esquecê-lo e nem cessaremos de fazer esforços para torná-lo real (BURNETT, 1942, p. 190 apud FUSSEL, 1989, p. 251, tradução nossa).

Na verdade, para os povos na Europa Ocidental, na União Soviética, na Manchúria, na Indochina e em outras regiões asiáticas, a Guerra significava somente destruição, extermínio e escravidão. Não havia qualquer espaço para conjecturas sobre “coragem” e “orgulho”. No entanto, perguntamos: seria possível fazermos um esforço para entender Burnett? Certamente que sim, pois sabemos que o território (continental) dos EUA não sofreu ameaças. Aliás, como Burnett previu em seu texto de 1942, ficaram a salvo os seus pilares - incluindo o “sonho dos homens livres” americanos -, permanecidos intactos após o conflito. Mais abominável do que os trabalhos norte-americanos, porém, deveria ser considerada a literatura surgida no continente europeu, visto que o “material de estudo” era qualitativa e quantitativamente diverso.

Tal como Burnett, por diversos motivos, alguns autores ingleses estavam mais interessados em exaltar o orgulho patriótico do que outra coisa. De fato, no território britânico, os textos abordaram o possível pânico na inútil tentativa de camuflá-lo. O autor de uma das versões consideradas oficiais sobre a situação londrina durante o conflito, “*Problems of Social Policy*”, afirmou que a coragem do povo venceu o pânico, pois a sua força moral o fortaleceu. A firmeza do britânico diante dos bombardeios nazistas, disse ele, teve como sustentáculos o espírito de liderança, a divisão igualitária dos alimentos, a manutenção dos

¹³⁸ Escritor norte-americano. Este texto foi publicado em “*This is my best*”, coletânea de textos organizada pelo editor Whit Burnett. Cf. Burnett (1942).

serviços sociais, a existência dos abrigos e esquemas de evacuação, o encorajamento e a responsabilidade dada às famílias.¹³⁹

Outro autor (O'BRIEN, 1955) também rejeitaria a existência de pânico entre os britânicos. Para este, o medo não esteve presente nas evacuações durante os devastadores ataques da Luftwaffe a Londres. Aqui, não se trata do encobrimento ou da referência negativa que se fazia ao medo na guerra civil norte-americana, através da expressão idiomática “*fearlessness*”. Trata-se, isto sim, de encarar o medo abertamente, mas afirmando, enfaticamente, que ele não esteve presente. Na época, tal ideia foi maciçamente propagada em redes nacionais de Rádio pelo primeiro ministro Winston Churchill [1874-1965]. Essa mensagem impregnou de tal forma o imaginário inglês, que ainda encontramos seus ecos num autor contemporâneo: embora tenha faltado brio de luta em algumas ocasiões, o britânico incorporou na maior parte do tempo “dignidade, coragem e bom humor”, afirmou, sem parecer conhecer os fatos, (Ziegler, 1995, p. 163, tradução e grifo nossos).

Infelizmente, a história foi bem diferente. Escrita em 1941, uma carta de um britânico não deixa dúvida sobre isso: “Nunca saberemos a metade (...) das histórias deste tempo”. Ele continua descrevendo o que viu pessoalmente: “Na outra noite, nem a uma meia milha de mim, uma mulher de meia idade saiu com uma ambulância. Numa casa esmagada, ela viu algo que pensou ser uma vassoura. Não era vassoura, mas a cabeça de um homem” (HODSON, 1941, p. 61, tradução nossa) Em casa, sob as bombas da “Quarta-feira”, Frances Faviell foi surpreendida com a casa inteira vindo abaixo, e preocupou-se com Anne, que estava na cama no último andar:

Com grande dificuldade eu levantei a minha cabeça e a sacudi tirando o peso e do material empoeirado. Um braço tinha caído ao redor do meu pescoço – um braço vivo quente, e por um momento eu pensei que Richard tinha entrado na escuridão e me segurava, mas, quando com muita cautela, levei a minha mão à dele, encontrei um braço descoberto de mulher com dois anéis no terceiro dedo (LONGMATE, 1981, p. 106-107, tradução nossa).

Descrições como estas - e que foram publicadas somente décadas após a II Guerra Mundial - estão em ressonância com a opinião de Calder (1991), mais sensato, sobre a situação real de pânico do povo inglês. Segundo o autor, há ampla evidência de que na Inglaterra o medo e a paranóia chegaram a níveis extremos. Também Ponting (1990), outro estudioso do contexto londrino, escreveu que a moral “sustentada” do povo durante a

¹³⁹ Cf. Titmuss, 1950, p. 343. Richard Morris Titmuss (1907-1973) foi um estudioso britânico na área de pesquisas sociais, com ênfase nas heranças deixadas pela II Guerra Mundial para o bem-estar do povo inglês. O ensaio “*Problems of Social Policy*”, de 1950, é considerado uma das versões oficiais inglesas do conflito.

Blitzkrieg foi mais uma propaganda do governo e da imprensa do que uma realidade. A II Guerra Mundial não poupou a população civil. Desde setembro de 1939, as canibalescas hordas nazi-fascistas arrasaram cidades e aniquilaram ou escravizaram as populações dos países anexados. Na ilha britânica, portanto, a preocupação do Governo e da comunidade médica voltou-se para os efeitos desastrosos da iminente Batalha da Inglaterra (1940).

O professor de psiquiatria da Universidade de Barcelona Emilio Mira tratou da ocorrência de uma catástrofe mental nas populações. Em 1939, no período final da Guerra Civil (na qual Hitler e Mussolini apoiaram militarmente os sublevados fascistas), ele escreveu: “as pessoas na cidade se tornam quase indiferentes ao bombardeio, se estes não afetam o seu próprio distrito. (...) Deveria ser enfatizado, contudo, que a grande parte da população sente o que pode ser chamado de ‘ansiedade normal’ durante um ataque aéreo, mas *nunca* necessita de atenção psiquiátrica” (MIRA, 1939, p. 1218, tradução e grifos nossos).

A população nunca necessitaria de atenção psiquiátrica? Os psiquiatras Wilfred Ruprecht Bion [1897-1979] e Hugh Crichton-Miller [1877-1959] foram mais realistas.¹⁴⁰ Para eles, era impossível prever os efeitos psicológicos dos ataques sobre a população civil. Enquanto John Rickman [1880-1950]¹⁴¹ afirmou que somente uma pequena parcela da população civil sofreria seriamente, outro psiquiatra, Wright (1939), escreveu que a moral seria determinada pela confiança nas medidas de proteção tomadas pelo Governo.

Partindo do fato de que o povo não tinha treinamento e proteção similares aos dos militares, os psiquiatras Crichton-Miller (1939) e Hargreaves (1939) acreditavam que haveria colapso imediato e regressão ao estado de dependência infantil. A tensão com uma iminente onda de “*shell-shock*” – que poderia atingir níveis catastróficos - fez com que dois veteranos da I Guerra Mundial, Gordon Homes e Bernard Hart organizassem nas cidades onde eram esperadas epidemias de síndromes psiquiátricas (STOKES, 1945) os hospitais denominados *Neurosis Centres*. Logo após o início da Guerra, em 1940, vários autores publicam “*The Neuroses in War*”, cujo objetivo era alertar sobre a possível disseminação do pânico. Emanuel Miller [1893-1970], no prefácio, escreve sobre as razões pelas quais deveria se colocar ante o público britânico as preocupações dos mais eminentes especialistas no assunto.

Miller afirma: “Primeiramente, por conta de nossas experiências na última guerra, nós temos razão em esperar uma alta incidência de neuroses tanto na vida civil quanto na militar.”

¹⁴⁰ Bion (1940) e Crichton-Miller (1940).

¹⁴¹ Rickman (1939).

(MILLER, 1940, p. vii, tradução nossa). “A maior parte dos contribuídores deste volume”, o psiquiatra londrino continua, “viu, estudou e tratou grande número dos denominados ‘*shell-shock*’, frescos na linha de combate”.¹⁴² Além disso, segundo o autor, o conhecimento presente em tal livro estava fechado à maior parte dos médicos formados em Medicina Psicológica, visto que, somente o experiente na linha do *front* seria capaz de “fazer a distinção entre transtornos maiores e menores, entre o pânico súbito, que requer o manejo firme e empático, a histeria maior e a psicose.” De fato, o psiquiatras comuns poderiam ser

confundidos por síndromes de caráter e de disciplina que os obrigariam o julgamento e a decisão rápida; a vida de um homem ante a corte marcial pode depender de tais julgamentos. O denominado homem normal é um cavalo negro onde o controle emocional em tempos de “*stress*” é preocupante; é difícil legislar psicologicamente em favor dele (MILLER, 1940, p. vii, tradução nossa).

Curiosamente, embora os especialistas receassem uma crise de pânico na população, o estudo recente de Jones et al. (2004)¹⁴³ parece apontar que as doenças mentais não aumentaram de forma significativa neste período, contrariando as previsões médicas e governamentais. Ora, quais seriam os fatores que não predispueram os civis ao desenvolvimento de patologias mentais? Titmuss e outros comentaristas contemporâneos estariam corretos a respeito da ausência de pânico entre os civis? Certamente que não. O estudo de Jones e de seus colaboradores afirma que uma possível explicação para a falha das previsões mais pessimistas poderia estar relacionada ao fato de que, ao serem hospitalizados, os soldados gozavam de mais “benefícios” do que os civis, o que pode ter influenciado uma maior incidência de doenças entre aqueles. Em outros termos: os soldados, quando hospitalizados tinham a oportunidade de serem transferidos da zona de perigo e de se transformarem em não-combatentes.¹⁴⁴

Esta parece ter sido a opinião de dois psiquiatras que, de janeiro a maio de 1943, atenderam milhares de combatentes no Norte da África: “A mera distância da zona de

¹⁴² Ibid. p. vii, tradução nossa.

¹⁴³ Os autores analisaram sistematicamente os arquivos da *Home Intelligence Division of the Ministry of Information* e o ramo de inteligência do *Ministry of Home Security*, além de arquivos relevantes do *War Office*, do *Prime Minister's Office*, do *Cabinet Office* e do *Air Ministry*.

¹⁴⁴ Wells (2000) salienta as diferenças do modo como a comunidade médica se preparou para os eventos de guerra nos períodos de 1914-1918 e 1939-1945. Enquanto no primeiro conflito, não houve preocupação sobre um possível colapso psicológico entre os civis e os militares, já antes da Segunda Guerra iniciar, já havia um corpo considerável de literatura médica direcionado à identificação e ao tratamento de síndromes mentais derivadas de batalha. Muito deste material estava dedicado a desmantelar a mitologia popular relativa ao uso do termo “*shell-shock*”; cf. Wells (2000, p. 188).

combate diminui a quantidade de ansiedade de forma tão visível que um grupo de pacientes em um hospital-base, longe da guerra, parece calmo e composto”, escreveram Grinker e Spiegel (1943, p. 9-10, tradução nossa). Assim, a despeito das especulações, o fato é que a experiência daquele tempo era terrível. A respeito do que lhe aconteceu enquanto subia uma colina num ataque noturno, também no Norte da África, o Capitão de artilharia Peter Royle escreveu: “Eu seguia aproximadamente vinte passos atrás de um soldado quando houve um lampejo ofuscante na minha frente. Não tinha ideia do que era e do que caiu em meu rosto. Mas descobri logo: uma porção da infantaria carregava algumas minas amarradas nas costas e uma bala de rifle ou metralhadora explodiu, separando o homem em três pedaços – duas pernas, cabeça e peito. O seu interior foi espalhado na encosta e eu engatinhei na escuridão”.¹⁴⁵

A experiência do General John Hackett parece não ter sido melhor. Ao cair de para-quedas sobre a cidade holandesa de Arnhem, ele descreve o que observou: “uma massa inerte (...) balançando num arreo de para-quedas ao meu lado, um homem cujas entranhas estavam penduradas, oscilando num ritmo recíproco. Ao passo que o corpo se movia de um lado, as entranhas balançavam do outro” (HACKETT, 1990, p. 47, tradução nossa).

Só os combatentes podem descrever o que pode ser encontrado no chão depois de um combate aéreo. Em seu diário pessoal, Neil McCallum descreve sua experiência numa manhã após uma troca de artilharia no Norte da África. Ele e seu amigo “S.” encontraram o corpo de um homem que tinha sido estripado por uma granada caída junto aos seus pés: “Deus”, disse “S.” chocado, “aqui está um de seus dedos”. Ele ficou apavorado com o dedo no solo, apenas a alguns pés do cadáver. “Tem mais horror num dedo separado do que num homem moribundo”, afirmou McCallum (1959, p. 104, tradução nossa).

Um soldado alemão descreveu o que viu após o desastroso desembarque canadense em Dieppe, na França (1942): “Os mortos na praia – nunca havia visto tais obscenidades antes. Havia pedaços de seres humanos sujando a praia. Havia corpos sem cabeça, havia pernas, havia braços. Havia até sapatos com os pés dentro” (WHITEHEAD e MACCARTNEY, 1979, p. 144, tradução nossa). Embora a loucura da I Guerra Mundial fosse convenientemente imputada aos efeitos de concussão do sistema nervoso central (“*shell-shock*”), na II Guerra Mundial ela era francamente atribuída ao temor severo. Fussel (1989) afirma que, em contraste com as expectativas de comportamento heróico que dominaram o tom da guerra

¹⁴⁵ Trecho retirado de Fussel (1989) das memórias de H. L. Sykes.

anterior, agora, o fator *medo* teria forçosamente de ser encarado. Embora houvesse autores que não davam a importância devida ao pavor de civis e combatentes, produzia-se uma nova literatura inteiramente pautada pelo medo, tratando o terror francamente.

Fazendo a ressalva de que na Guerra Patriótica da União Soviética (1941-1945) ganhou a admiração mundial o heroísmo em massa dos guerrilheiros, soldados, oficiais e generais (comprovado por mais de sete milhões de ordens e medalhas conferidas)¹⁴⁶, queremos ressaltar que na literatura ocidental daquela época, referente aos demais exércitos da aliança antifascista – objeto do nosso trabalho – não havia lugar para a honra e para o moral, o que protegeu aqueles que confessaram seus pavores da pecha de covardes. Embora possamos encontrar referências como as de Wells (2000)¹⁴⁷, sobre uma possível ambigüidade em relação ao peso que se dava à questão moral (medo-covardia), a opinião geral desta época é a que encontramos em uma monografia publicada em 1943, já mencionada, destinada aos psiquiatras norte-americanos que serviam no *front*.

Roy Grinker e John Spiegel (1943, p. 95, tradução nossa), ambos psiquiatras militares norte-americanos, comentam: “O ‘*malingering*’ é extremamente raro nesse período da guerra. Vimos somente um ou dois casos. As neuroses não podem ser fingidas, mesmo de forma superficial, e, caso seja tentado, o pentotal logo descobre a simulação”. Tal mudança de valores em relação à dicotomia medo-covardia também fica evidente na afirmação de um Marechal: “Aquele que diz que nunca sentiu medo é um mentiroso completo” (FUSSEL, 1989, p. 273). No guia dos oficiais norte-americanos, a coragem é assim considerada:

Pouco mais do que a habilidade de controlar o medo que todos os homens normais têm. A covardia não consiste em ser apreensivo, mas em se entregar ao medo. O que, então, impede o soldado de se entregar ao medo? A resposta é simples – o seu desejo de resguardar a boa opinião de seus amigos. (...) O orgulho sufoca o seu medo (U.S. GUIDER’S OFFICE, 1942, p. 497, apud FUSSEL, 1989, p. 274, tradução nossa).

A fórmula consistiria, portanto, em aparentar o que *deveriam* ser. Em última instância, tal atitude pode ser considerada, na trilha de Fussel (1989), retórica e teatral. Sem levar em conta os reais sentimentos do soldado, continua Fussel¹⁴⁸, “eles deveriam simular uma

¹⁴⁶ “*La Grand Guerra Patria de La Union Sovietica*”, M. Minasián et al, 1970, p. 508.

¹⁴⁷ O autor chama atenção para os registros de arquivo sobre este assunto, que geralmente são fragmentados ou, em certas ocasiões, impossíveis de serem consultados; além disso, muitas versões publicadas sobre a escala deste problema, que se tornou foco de atenção da *Royal Air Force* britânica através da categoria médica de “ausência de fibra moral” (“*lack of moral fibre*”), permanecem ainda em controvérsia.

¹⁴⁸ Ibid. p. 274, tradução nossa.

fachada com o objetivo de afetar a plateia, passando a imagem de destemido, na esperança de que fosse imitado ou, ao menos, não fosse o motivo detonador para disseminação de pânico”. O conselho aos recrutados abordava francamente o medo como um “problema” normal e sugeria possíveis maneiras de controlá-lo. É neste sentido que um médico americano confessou: “um estado de tensão e de ansiedade é tão comum nas linhas de frente que deve ser considerado uma reação normal nesta situação totalmente anormal” (ELLIS, 1980, p. 248, tradução nossa). Sendo assim, algumas soluções para controlar este estado foram inseridas numa publicação de 1943 do *U.S. National Research Council*, nomeadamente “*Psychology for the Fighting Man*”.

Embora em combate, possivelmente, todos estivessem “apavorados e aterrorizados”, o manual apontava um antídoto: enfatizar a proximidade de camaradas, tanto como apoio quanto como audiência (GRENNE, 1943). Havia muita linguagem dedicada a racionalizar o irracional. Um pequeno livro relativo às substituições de infantaria da *Fifth Army*, que servia na Itália, continha indicações iniciais para a entrada de inocentes no combate:

Não acredite em todas as histórias de horror que circulam no grupo ao qual se une. Não carregue muitas coisas. Não evacue em sua trincheira – se você não pode sair, ponha a sujeira numa pá, e saindo de lá, descarregue. Mantenha seu rifle limpo e pronto. Não destape as suas granadas pelo medo de seu avião cair acidentalmente. Aprenda a cavar rápido nos bombardeios iniciais. Observe o solo para descartar a presença de minas. (...) Em movimento, mantenha contato e não se amontoem. Durante o combate, use o bom senso contra o medo. Não fique muito apavorado. Todos têm medo, mas você pode aprender a controlá-lo. (...) Você tem uma boa oportunidade de receber caso não perca sua cabeça. Ficando tão apavorado é pior para você”. Lembre-se que a grande quantidade de barulho que você ouve vem de nós, e não é perigoso. Pode-se surpreender no total que, muitos mais são retirados por doença ou por acidentes do que se tornam perdas no campo de batalha (COMBAT TIPS, 1945, p. 3, tradução nossa).

Mais de um quarto dos soldados em uma divisão norte-americana admitiu que ficou tão amedrontado que acabava por vomitar, e quase um quarto disse que, nos momentos aterrorizantes, perdeu o controle dos intestinos. Dez por cento urinaram nas calças. No relato desses fatos, John Ellis (1980) afirmou:

Os estereótipos de “virilidade” e de “coragem” facilmente se coadunam com o fato de que o estômago ou o coração de um homem podem trair sua nervosidade, mas eles são menos condescendentes com a incontinência fecal (*shitting*) nas calças ou com o fato de se molharem (ELLIS, 1980, p. 103, tradução nossa).

Tais medos aumentavam conforme a função. O fuzileiro naval norte-americano confessou: “Me senti nauseado e com medo de que minha bexiga pudesse esvaziar e revelar o

covarde que eu era” (SLEDGE, 2007, p. 103, tradução nossa). Obviamente, o medo destes soldados não era uma patologia. Na realidade, ele deve ser entendido como possível e natural resposta ao real perigo da morte. Ora, em seis semanas de luta na Normandia (1944), todos os efetivos da 90ª Divisão de Infantaria foram substituídos. Uma divisão estava preparada para durar mais de três meses, indicando que provavelmente todos os seus segundos tenentes seriam mortos ou feridos. (SPECTOR, 1985, p. 383). Mas não se tratava somente de ferimentos e mortes. No Pacífico Sul, a malária, a dengue, a chamada febre da vala negra e a disenteria foram responsáveis pela perda de muitos soldados. Na Europa, contavam-se a pneumonia e o chamado pé de trincheira. No Pacífico, a ingestão de atabrina, preventivo para malária provocava zumbido nos ouvidos para o resto da vida. Décadas depois, os ex-combatentes ainda tinham ataques regulares de malária, congelando, queimando e sacudindo o corpo todo (TUCHMAN, 1971, p. 449).

Mas o pior ainda deve ser analisado: o desgaste mental das tropas. A experiência lhes ensinava a inevitabilidade de uma crise mental, variando das mais suaves *psiconeuroses tratáveis* à insanidade brutal. Não só os soldados fracos e sensíveis (os que possuíam “grande imaginação”) ou os covardes entraram em colapso. Inevitavelmente, todos entrarão em colapso se permanecerem por tempo suficientemente longo no *front*.

2.9 Fim da episteme cardíaca e nosologia psiquiátrica da II Guerra

*Now Fear has come again to live with us
In poisoned intimacy like pus...
The bones, the stalwart spine,
The legs like bastions,
The nerves, the heart's natural combustions,
The head that hives our active thoughts – all
pine,
Are quenched or paralyzed
When Fear puts unexpected questions
And makes the heroic body freeze like a beast
surprised.*

Cecil Day Lewis, *Ode to Fear*, 1943.

“Tempo suficientemente longo” era entendido pelos médicos-psiquiatras como um período entre duzentos e duzentos e quarenta dias. Os médicos testemunharam:

Não existe tal coisa como “ir se acostumando” ao combate. (...) Cada combate impõe uma tensão tão grande que os homens entrarão em colapso na relação direta com a intensidade e a duração de sua experiência. (...) Na guerra, as perdas psiquiátricas são tão inevitáveis quanto os ferimentos por tiros e granada (ELLIS, 1980, p. 248, tradução nossa).

As doenças produzidas durante a II Guerra Mundial – não as feridas ou as doenças infecciosas, mas as síndromes que afetavam os homens aparentemente saudáveis e rotuláveis de “covardia” por alguns militares – foram distintas das guerras anteriores. Se antes o mal-estar fóbico era denominado como uma “síndrome cardíaca” ou como “*shell-shock*”, as classificações psiquiátricas a partir dos anos 1940 sofreriam uma mudança radical. Os distúrbios do coração dos soldados não teriam menor relação, em termos etiológicos, com o físico, pois o modelo da “vulnerabilidade cardíaca” tornara-se definitivamente obsoleto.

Ainda que as palpitações não oferecessem mais perigo ao coração, podemos encontrar tal ideia um pouco antes, em 1934, no livro “*That heart of yours*”, do cardiologista norte-americano Carl Smith.¹⁴⁹ Este livro alertou com veemência, principalmente o público jovem, para as precauções a serem tomadas a respeito dos limites do coração. Segundo Smith (1934, p. 34, tradução nossa), o “esforço físico é comparável à indução de sérias lesões a um coração jovem e exercícios em exagero podem romper as válvulas do coração, criando uma deficiência permanente”.

Embora as ideias sobre o coração ainda pudessem ser encontradas nos anos 1930, o fato é que o perigo das “palpitações” não foram importantes para os médicos da II Guerra. Isso pode ser constatado pelo simples fato de que não foram construídos centros, tal como durante a I Guerra, especializados no tratamento de soldados com “síndromes funcionais” cardíacas. Porém, deve-se dizer que os sintomas de palpitação não desapareceram. Aliás, até mesmo o cansaço poderia ser ainda encontrado na nosologia psiquiátrica deste tempo, como nas categorias de “exaustão por combate” ou “de batalha” (também conhecida como “fadiga de combate”). Sobre estas categorias, Ellis (1980, p. 247, tradução nossa) define: “era uma condição completamente debilitante, onde as diversas tensões do soldado gradualmente retiravam-lhe sua capacidade de lidar”. Finaliza, citando os sintomas: “até que sua mente

¹⁴⁹ O excesso de exercícios físicos poderia fazer com que o coração de um adolescente desenvolvesse um “coração de atleta”, ou seja, um coração dilatado. Para ilustrar o perigo da sobrecarga para o coração, Smith (1934, p. 34-45) fez uma analogia: se uma borracha é esticada muitas vezes, ela perde sua elasticidade e se torna alongada permanentemente. Então, as fibras do coração, caso sejam esticadas de forma repetida, perdem sua elasticidade, produzindo uma dilatação do coração. Para Smith, o “credo do coração” deveria ser ministrado em todos os colégios: “O esforço deve cessar quando trazer dor no coração, falta de ar, aperto no peito, dor no peito ou fadiga” (SMITH, 1934, p. 35, tradução nossa).

finalmente se rebelava, enviando sinais frenéticos de perigo, tais como tontura, náusea, dores de estômago, sudorese profusa, tremores, cefaléias, palpitações, incômodos constantes na boca do estômago, insônia, pesadelos”. No entanto, enquanto o *standard* no século XIX foi a ideia de desgaste da força nervosa, a partir de então seria a neurose¹⁵⁰ que passaria a legitimar o sofrimento dos acometidos de palpitações. Todas as síndromes ganhavam o seu tom psicanalítico.

Isto significa que tanto as doenças da guerra anterior quanto as que foram adicionadas - a “neurose de batalha”, a “exaustão de combate”, a “*fear neurosis*” e a “ausência de fibra moral”¹⁵¹ - foram transformadas por esta nova abordagem. Já em 1939, a fundação da Sociedade de Medicina Psicossomática, bem como o importante jornal a ela associado, o “*Psychosomatic Medicine*”, anunciou a transição epistêmica ocorrida. O artigo “Neurose Cardiovascular: uma revisão”, publicado neste ano, é um bom exemplo do tom que se tornou hegemônico nas análises realizadas a partir de então. Escreve o autor: “Um indivíduo que notou algum sintoma cardíaco durante um momento de tensão física ou mental, e tornou-se ansioso quanto a sua condição, pode ter os seus medos acentuados por um exame médico excessivamente cuidadoso do coração” (CAUGHEY, 1939, p. 320, tradução nossa). Agora, o paciente com palpitações tinha de ser tratado como um paciente ansioso, *queixando-se* de palpitações: a doença era a ansiedade, não uma patologia cardíaca real.

As ideias psicanalíticas mesclaram-se com as de outros campos, como os estudos em neuroendocrinologia e fisiologia de Hans Selye [1907-1982].¹⁵² Em 1936, este fisiologista iniciou uma série de estudos sobre as respostas sistêmicas não-específicas do organismo à ampla gama de alterações estressantes, tais como exercício físico, exposição à radiação, calor e frio, feridas traumáticas, perda de sangue, doenças, infecção, perigo e medo.

No início, ele observou que muitas doenças agudas e crônicas eram acompanhadas pela sensação de exaustão que ele denominou de “estado geral de estar doente”. Ao final desses experimentos, Selye formulou a teoria de “Síndrome de Adaptação Geral” (SGA), que ele identificou como o resultado de uma reação uniforme, sistêmica e não-específica do

¹⁵⁰ Starr (1982) apontou que o termo “exaustão” era um eufemismo útil para as enfermidades psiquiátricas, sobretudo no *front*, enquanto os diagnósticos de “neurose de angústia” e “*shell-shock*” tinham uma implicação para a doença muito mais séria.

¹⁵¹ Cf. Jones e Wessely (2005).

¹⁵² Fisiologista tcheco que, nos anos 1930, conduziu suas pesquisas na *McGill University*, em Montreal, Canadá.

organismo na qual os hormônios córtico-esteróides adrenais assumem um papel central (SELYE, 1936; WEINER, 1992).¹⁵³

A teoria do “*stress*”, cujo teórico mais importante talvez seja Selye, não possuiu uma fonte única, pois está ligada a diversas fontes clínicas e laboratoriais, por exemplo, os trabalhos de Walter Cannon [1871-1945] sobre homeostase¹⁵⁴, os experimentos de Harold G. Wolff em psicossomática, a sistematização dos trabalhos em psicossomática, de autoria de Flanders Dunbar [1902-1959], além dos estudos clínicos sobre neurose de combate por psiquiatras militares. Esses trabalhos surgem no final dos anos 1930 e no início dos anos 1940 e encontram na década de 1950, um campo propício para a propagação dessas ideias nos novos modelos de saúde e doença.

Ninguém falava de estresse antes da II Guerra Mundial. Incontestavelmente, se existia algum interesse sobre ele, o termo só foi introduzido no uso corrente popular e médico com o início da Guerra. Além do “*stress*”, outros termos ganharam uso corriqueiro entre os especialistas. Por exemplo, os termos “homeostase”, “equilíbrio de forças”, “mobilização de recursos”, “elasticidade de materiais” e “sistemas”. Bartemeier, Lawrence e Menninger (1946, p. 364, tradução nossa), escrevem: “O soldado conduzido ao exército foi ajustado ao *stress* interno e externo com um nível de conforto pessoal e aceitabilidade social, mostrando-se capaz de resistir ao aumento temporário de pressão interna e externa, ou ambas, sem desenvolver reações. O local de equilíbrio é o ego, isto é, a agência interna que realiza a mediação entre o id, o superego e o mundo externo.”

Em relação ao conceito de “*stress*”, segundo Viner (1999), teria sido a partir dos anos 1940 que ele se tornou uma espécie de explicação universal para o comportamento e as doenças humanas, fazendo parte não só das narrativas de especialistas (médicos, fisiologistas, profissionais de saúde em geral), mas também do público leigo. Alguns fatores que contribuíram para a sua popularização foram palestras e livros publicados por Selye, além dos

¹⁵³ Ele apontou três estágios principais: 1) A “Fase de Alarme” - o stress é vivenciado como fadiga, perda de apetite e do impulso sexual, crescimento da permeabilidade da membrana celular, queda na temperatura, podendo chegar, dependendo da gravidade, à depressão e ao estado de choque; 2) A “Fase de Resistência” - a primeira reação ao stress é contrabalançada através de mecanismos neurais e hormonais. O organismo se torna ativo e o apetite é restaurado; 3) A “Fase de Exaustão” - o organismo não tolera mais o stress, a reação ao alarme retorna e ocorrem alterações na pressão arterial. O conceito de SGA foi utilizado para explicar a patogênese de muitas doenças, denominadas por Selye de “doenças de adaptação” e seu conceito de stress encontrou ampla explicação na medicina e na fisiologia, e até mesmo nas ciências do comportamento e sociais (WEINER, 1992).

¹⁵⁴ O conceito de “homeostase”, introduzido por Cannon em 1929, designa um mecanismo estabilizador de variáveis fisiológicas dentro de certa faixa de variação. Ele introduziu também o conceito de “*stress*”, definido como um esforço dos mecanismos regulatórios homeostáticos a níveis críticos das variáveis fisiológicas. Segundo ele, isso poderia ser causado pelas emoções (tais como medo e raiva) ou em outras situações emergenciais. As reações corporais eram sempre protetoras e possuíam um determinado “propósito” (CANNON, 1929, 1932).

estudos médico-militares que viram no “*stress*” um conceito que poderia lançar luz sobre as neuroses de combate. Ora, não é a toa que diversos trabalhos médico-militares surgiram nesta época com o termo “*stress*” no título, como, por exemplo, “*Men under stress*”, escrito por Roy Grinker e John Spiegel, e “*Airwar and emotional stress*”, de Irving Janis.

Deve-se destacar a importância de Grinker e Spiegel neste contexto. Vejamos um de seus questionamentos: “Em que medida a personalidade prévia e em que intensidade o estresse que ele [o combatente] vivenciou contribuíram no desenvolvimento de sua doença?” (GRINGER e SPIEGEL, 1945, p. 212, tradução nossa). Em monografia publicada dois anos antes, com base em ampla casuística observada na luta da Tunísia¹⁵⁵, escrevem a respeito do entendimento psiquiátrico deste tempo sobre as patologias neuróticas de guerra:

Durante a Primeira Guerra Mundial a incidência de casos neuropsiquiátricos se apresentou como um problema sério bem como um desafio aos oficiais médicos das forças armadas. Durante esse período, a implicação errônea no termo “*shell-shock*” se tornou reconhecida e a significância dos fatores psicológicos na etiologia desses casos foi claramente estabelecida (GRINKER e SPIEGEL, 1943, p. 4, tradução nossa).

Assim, a revolução psicológica prometida nos anos 1914 a 1918 foi somente concretizada, enfim, nos anos 1940. Em relação ao conhecimento psicológico desenvolvido, eles escrevem: “as primeiras conclusões [as da Primeira Guerra Mundial] foram sujeitas à re- interpretação ao passo que o conhecimento psiquiátrico e psicossomático progrediu”.¹⁵⁶

Quando ao termo psicossomático, eles definem:

Na última década nós temos testemunhado grandes avanços no entendimento da psicogênese das perturbações dos órgãos viscerais. Notáveis contribuições têm elucidado a etiologia das dispepsias, hipertensões flutuantes e problemas intestinais funcionais. Brevemente, o conceito básico de medicina psicossomática postula que certas emoções inaceitáveis, reprimidas da consciência e da expressão verbal ou motora, encontram saída para sua energia em inervações anormais do sistema nervoso autônomo, causando perturbações funcionais nos músculos lisos de vários órgãos viscerais (Ibid. p.278, tradução nossa).

Reconheciam assim que as neuroses de guerra não constituíam uma entidade clínica com sintomas característicos e invariáveis. Ao invés disso, afirmam: “há uma ampla variedade de síndromes, os sintomas variam conforme as personalidades precedentes dos

¹⁵⁵ Período de janeiro a maio de 1943.

¹⁵⁶ Ibid. p. 4, tradução nossa.

pacientes e flutuam com o tempo”.¹⁵⁷ Finalizam: “A característica mais notável dos casos observadas nessas doenças é a profusão em que novos sintomas aparecem e desaparecem.”¹⁵⁸ Destacam, por fim, que, aquelas patologias - cujos principais sintomas eram de ordem cardíaca - não haviam sido observadas em tal período, pois a partir das descrições

da última guerra fomos preparados para ver muitos casos de perturbações funcionais do coração, incluindo a conhecida “síndrome do esforço”. Entretanto, as síndromes cardíacas raramente foram encontradas e nenhuma síndrome de Da Costa autêntica pôde ser observada. Muitos pacientes com estados ansiosos têm taquicardia, a qual varia segundo o seu estado emocional; de fato, são encontradas taxas cardíacas instáveis na maior parte dos casos de neuroses de guerra. Dores vagas e temporárias na região pré-cordial e palpitações eram queixadas por outros. Todavia, como uma entidade psicossomática isolada e específica, as neuroses cardíacas não foram observadas (GRINKER e SPIEGEL, 1943, p. 45, tradução nossa).

Como vemos, Grinker e Spiegel reforçam o que dissemos a respeito da ausência de ênfase, neste período, sobre os problemas funcionais do coração, em especial, sobre as síndromes de Da Costa ou a síndrome do esforço, as quais acometeram milhares de soldados entre os anos 1914 e 1918. Mas as palpitações continuaram. Em outro trabalho, os mesmos psiquiatras dão um exemplo do modo como um homem que sofria de palpitações e desconforto no peito deveria ser entendido:

Um escrevente de 30 anos de idade passou três anos no estrangeiro. Seu comando sobre oficiais era ineficiente e era hostil com seus homens. As condições de vida não eram boas e as oportunidades para diversão esporádicas. Durante este período, o paciente, que nunca tinha ficado doente nem tido sintomas cardíacos, conscientizou-se do seu coração. (...) Depois de várias entrevistas, ele pôde reconstruir a relação dos seus sintomas de coração com acontecimentos externos. Quando intensamente irritado com os seus oficiais ou depois de algum tratamento particularmente injusto, ele desenvolveu aflição pré-cordial (Ibid. p. 272, tradução nossa).

Os problemas do escrevente não tinham nada a ver com o seu coração. Mas a sua raiva sim. A raiva, obviamente, não era produto do órgão coração, da massa anatômica cardíaca. A raiva, aos olhos do psiquiatra dessa época, dizia respeito à reação geral do paciente frente à situação conflituosa, isto é, à tríade mente - corpo - sociedade. Agora os conflitos do soldado, que se manifestavam através de somatizações de natureza cardíaca, deveriam ser tratados a partir do enfoque psiquiátrico ou psicológico, não mais da cardiologia. Desta forma, enquanto a velha construção social das palpitações via o coração através do estetoscópio, a nova as

¹⁵⁷ Ibid. p. 4, tradução nossa.

¹⁵⁸ Ibid. p. 4, tradução nossa.

concebia através de uma rede teórica de significados, da fala, da história da vida do paciente, em última instância. O que está em questão aqui são os sentimentos de angústia e de raiva capazes de ser somatizados, além da construção da ideia de que a dor no peito faz parte tanto da raiva inibida do paciente, quanto das predisposições construídas ao longo de sua história pessoal.

Esta mudança do olhar da medicina estava em consonância com uma análise de setecentos casos examinados no período 1940-1941 e publicada em 1942, no *British Medical Journal*. Verificou-se uma mudança evidente entre a casuística encontrada nas duas grandes guerras. Afirmava-se na época que, nos anos 1940 havia uma proporção muito maior de estados ansiosos do que durante a I Guerra, quando existiu uma predominância de conversões histéricas (HADFIELD, 1942, p.281). Considerava-se a incidência maior de transtornos de conversão do conflito anterior já que este havia sido uma guerra de trincheira. Segundo Hadfield, o novo tipo de conflito da II Guerra teria sido o principal responsável por apresentar os sintomas como predominantemente “psicológicos”. Essa ideia foi corroborada por MacKeith (1946). Este autor também concordava com a visão geral de que o número de casos com sintomas físicos foram reduzidos na II Guerra, ou seja, com a ideia de que as paralisias, a ação desordenada do coração, a síndrome do esforço e o “*shell-shock*” foram menos comuns nos anos 1940 do que no período 1914-1918 (MACKETH, 1946, p. 548).

Encontramos um editorial do *British Medical Journal*¹⁵⁹, de 1945, enfocando tal mudança:

A “ação desordenada do coração” – diagnóstico importante na última Guerra – deu lugar à “síndrome do esforço”; agora que foi demonstrado por Paul Wood, Lewis, M. Jones e outros, como o equivalente, em muitos aspectos, da neurose de ansiedade, ela também perdeu seu prestígio e se tornou um diagnóstico raro. Não falamos mais de ‘*shell-shock*’: a abordagem orgânica deu lugar à preferência pela interpretação psicológica (BMJ, 1945, p. 913, tradução nossa).

Bourke (1998, p. 226, tradução nossa), na esteira destes comentários, argumenta: “Diferentemente da Primeira Guerra Mundial, quando as reações histéricas superaram as reações de medo, a partir de 1940, surgiram epidemias de ansiedade aguda”. Embora não haja a possibilidade de se averiguar se os sintomas de fato mudaram ou não, o fato é que, no conflito dos anos 1940 as categorias médicas tomaram as formas apresentadas acima. Isto é, o

¹⁵⁹ Cf. Progress in psychiatry during the war. *British Medical Journal*, v. 1, p. 913.

olhar médico sobre o medo neste tempo distinguiu-se profundamente do anterior. Há de fato uma ruptura clara.

Dentro desta discussão, encontramos um argumento contemporâneo à época, segundo o qual, tal mudança aparente, do corporal para o psíquico, poderia ser explicada em parte pelo fato de que foram sendo progressivamente inculcados nos militares os seus próprios mecanismos inconscientes envolvidos nas denominadas “neuroses de guerra” (RICKMAN, 1941). No entanto, no espírito do presente trabalho, acreditamos que ideias como as de Jones e Wessely (2005) são mais apropriadas. Eles afirmam que o que realmente mudou entre as duas guerras mundiais não foi a *incidência* de um grupo de doenças ou outro, mas o modo como o sofrimento dos soldados configurou-se e foi legitimado de acordo com os padrões de crenças e saberes médicos vigentes.

Da mesma forma que os diagnósticos e a maneira de vivenciar as patologias do medo, as terapêuticas também mudaram neste período. Uma das principais terapêuticas utilizadas neste período, contudo, ainda era a cura pelo descanso, embora tenha assumido um sentido bem diferente, visto que estava associada a outros métodos clínicos, como a hipnose e trabalhos terapêuticos de grupo, já desligada da noção de depleção da força vital.

Adquiriu importância a técnica de hipnose, largamente empregada durante a Guerra. Partia-se da ideia de que muitos soldados sofriam problemas de memória devido ao trauma e a conflitos reprimidos. Supunha-se que eles não diziam aos médicos precisamente o que lhes ocorria, bem como a causa e o início da crise. Daí não restar outro recurso se não utilizar essa técnica (combinada, em alguns casos, com a narcoterapia) no tratamento dos combatentes.

Na narcoterapia, a droga mais utilizada era conhecida pelo nome de sódio pentotal. Pedia-se então ao soldado que relembresse a experiência e a descrevesse. Buscava-se com o processo de recordar e reviver suas experiências traumáticas, ajudar o paciente a ab-reagir suas emoções reprimidas. O terapeuta tomava conhecimento do que acontecera com o paciente e podia orientá-lo de modo que pudesse elaborar e trabalhar os conteúdos até então inconscientes.

A prática da narcoterapia fundamentava-se na psicanálise. O horror precisava vir à tona no *setting* analítico. Mas diferentemente do que ocorria na psicanálise clássica, na qual o tempo era demasiadamente longo (anos)¹⁶⁰, o uso da narcoterapia, segundo a crença da época, tornava possível um tratamento rápido, concluído em poucas semanas. Prevalcia uma

¹⁶⁰ As memórias traumáticas, aliviadas através da hipnose, da sugestão e das drogas narcóticas, eram instrumentos para trazer as emoções até a superfície da consciência. É importante notar que o conteúdo e a veracidade dessas memórias eram irrelevantes. Cf. o capítulo 15 de Shephard (2000).

abordagem direta e se alguns psiquiatras eram atraídos por um método não-diretivo, sua aplicabilidade era, na prática, extremamente limitada. Por outro lado, o hospital militar oferecia um *setting* ideal para abordagens coletivas, tais como discussões e terapias de grupo.

Em 1941, sob a direção do psiquiatra Maxwell Jones e do cardiologista Paul Wood, foi organizada uma “Unidade de Síndrome do Esforço”, com cento e cinquenta leitos, no Hospital britânico *Mill Hill*. Em princípio, a unidade seguia as linhas de tratamento comuns, mas logo depois, Maxwell programou um novo tipo de tratamento. Ele concluiu, por métodos de conscientização, que os sintomas dos combatentes possuíam natureza funcional. Foi aberto um ciclo de palestras para a comunidade terapêutica. Mais tarde, isto progrediu para discussões nas quais as barreiras entre pacientes, profissionais de saúde e médicos foram suavizadas, se não totalmente eliminadas.

O primeiro passo na terapia consistia em convencer os pacientes de que, na verdade, o seu coração e os seus “nervos” estavam intactos. Isso era ensinado nas reuniões realizadas três vezes na semana, em que eram empregadas instruções esquemáticas, desenhos e diagramas para ilustrar como o cérebro e o sistema nervoso central funcionam. A partir dessas lições, os pacientes eram gradualmente convencidos de que um problema dos nervos era tão real quanto um defeito do coração. Tratava-se de desviar a atenção do coração para os nervos.

Em seguida, o terapeuta tinha de esclarecer que os problemas de origem nervosa não podiam ser separados da personalidade do paciente. Este, portanto, era responsável por seu estado e, por consequência, deveria envolver-se no processo de cura. Ao contrário de um paciente cardíaco, uma pessoa acometida de um transtorno dos nervos não poderia reagir passivamente ao trabalho do médico. De fato, o paciente era visto como o principal responsável pela continuidade do tratamento.

Entretanto, o problema consistia em que o “doente” não sentia nenhuma necessidade de melhorar para voltar à sua unidade e ao campo de batalha. As cartas recebidas de casa reforçaram estas atitudes dos soldados. Os familiares regularmente perguntavam sobre as queixas físicas e, ao mesmo tempo, expressavam a esperança de que eles voltassem o mais rapidamente para casa. Para lidar com essa situação e buscando elevar o nível ideológico e a combatividade dos soldados, Maxwell Jones desenvolveu um programa de instrução em que explicava, por exemplo, as vantagens e as desvantagens de diferentes regimes políticos. Além disso, os pacientes eram aconselhados a ler uma grande quantidade de revistas e outros periódicos cujo conteúdo superava a informação transmitida pelos jornais diários.

Esta tarefa de despertar o interesse dos soldados neste tipo de publicação engajada foi entregue às enfermeiras. Maxwell Jones admitiu honestamente que essas eram tarefas simples.

A escolha para trabalhar com grupos deveu-se primeiramente ao fato de que havia poucos psiquiatras para muitos pacientes. Ora, através de grupos com cinquenta participantes, por exemplo, aumentaria a produtividade do médico. Além disto, numa comunidade terapêutica desse tipo, os pacientes têm larga liberdade, integrando-se nela. Esse ideal foi capaz de florescer também nos anos 1960. Entretanto, no contexto da Guerra, isso assumiu um sentido psiquiátrico completamente diferente.

O estudo feito por Paul Wood, em 1941, concluiu que essas síndromes cardíacas eram um “padrão de reação emocional peculiar às personalidades psicopáticas e aos indivíduos portadores de quase todas as formas de psicose” (WOOD, 1941a, p. 867). De “perturbação do coração”, passando por “síndrome de causa orgânica desconhecida” até chegar finalmente à “neurose cardíaca”, o *status* do coração irritável foi transformado por três artigos publicados por Paul Wood no *British Medical Journal*, os quais, é importante ressaltar, levavam no título o nome da categoria “Síndrome do Coração Irritável” (WOOD, 1941a, 1941b, 1941c), a qual estava agora totalmente redesenhada. Pela comparação de uma amostra de cento e setenta e cinco soldados tratados na unidade de “síndrome do esforço” do *Mill Hill*, ele procurou demonstrar que os homens com sintomas cardíacos funcionais exibiam uma resposta emocional anormal às atividades estressantes. Wood resume a condição dos pacientes:

Um grupo de sintomas que limitam muito a capacidade do indivíduo para o esforço. (...) Os sintomas principais são falta de ar, palpitações, fadiga, dor torácica e vertigem; os sinais principais são perturbação funcional dos sistemas respiratório, vasomotor e muscular. Admite-se que esta definição está preocupada inteiramente com a parte física do quadro, e é [justamente] a partir deste aspecto que os casos foram examinados pela maioria dos médicos de 1861 a 1941 (WOOD, 1941a, p. 867, tradução nossa).

Ele concluiu que a subdivisão da síndrome do esforço (constitucional, induzida, pós-infecção, psicose e fadiga física) não fazia sentido (WOOD, 1941c, p. 849). A síndrome do esforço, ou do coração irritável, nomes diferentes mas referidos ao mesmo fenômeno com o qual ele estava lidando no momento, deveria “ser considerada como um padrão de reação emocional peculiar em personalidades psicopáticas e em sujeitos de praticamente toda forma de psicose”.

2.10 O paradoxo epistêmico do pós-guerra

A maneira como Wood aborda a síndrome do coração irritável em seus artigos publicados nos tempos de Guerra é um exemplo emblemático da transformação paradigmática do olhar médico sobre o medo. É de fato a prova de que a síndrome do coração irritável da Guerra Civil americana não teria quaisquer relações com a “síndrome do coração irritável” vivenciada por um soldado nos anos 1940. Esta, a despeito do nome, seria uma síndrome psicológica. Ainda assim, encontramos em 1946, a opinião de Maxwell Jones sobre este ponto. De acordo com a abordagem continuísta deste psiquiatra, ambas as síndromes diziam respeito ao mesmo fenômeno. Ele escreve: “não existe razão para assumir que tal condição tenha se tornado menos comum – simplesmente o diagnóstico de síndrome do esforço está fora de moda; os psiquiatras neste País preferem classificar os pacientes de acordo com sua perturbação psiquiátrica do que com sua intolerância ao esforço” (JONES e MELLERSH, 1946, p. 180, tradução nossa). Assim, a síndrome descrita por Da Costa, a síndrome do esforço, descrita por Thomas Lewis e James Mackenzie no conflito da I Guerra, e as síndromes psicológicas descritas por Wood corresponderiam ao mesmo “fenômeno”.

O período pós-Guerra foi marcado pela forte influência da psicanálise nos âmbitos acadêmico e institucional da psiquiatria. Nos EUA, por exemplo, os cargos mais altos das escolas de psiquiatria e da *American Psychiatric Association* (APA) foram preenchidos por psicanalistas. Na APA, a influência da psicanálise fica evidente na primeira edição, em 1952, do “*Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatry*”. Neste manual, as reações de medo agudo eram consideradas “reações de ansiedade” ou como “estado geral de medo”, frequentemente associados a uma sintomatologia somática, ou seja, eram distúrbios psicofisiológicos autônomos e viscerais. Esta categoria, por sua vez, agrupava vários subgrupos, cada um classificado pelo sintoma predominante, derivados de conflitos inconscientes de natureza ansiogênica. Reação psicofisiológica cardiovascular, reação psicofisiológica gastrointestinal e reação psicofisiológica do sistema nervoso eram derivadas, como o próprio nome sugere, de mecanismos psíquicos que produziam os sintomas corporais correspondentes.

Consta no DSM-I que esses estados viscerais (palpitações, por exemplo) poderiam eventualmente levar a uma lesão no tecido do órgão, ou seja, a uma lesão estrutural. Esses subtipos tomaram o lugar das designações médicas anteriores, tais como “neurose cardíaca” e “neurose gástrica”, categorias que, em seu tempo, haviam substituído expressões como

“neurastenia cardíaca” e “neurastenia gástrica”. Nos anais de um congresso de avaliação do estado da psiquiatria e das contribuições de outras ciências fica clara a influência do paradigma dominante na II Guerra Mundial. Um dos palestrantes, o professor de psiquiatria da *Rochester University* (EUA), George Engel, abordou a ideia de conceito unitário de saúde, agrupando noções da biologia, da física e da psicanálise:

Tem sido afirmado, talvez, mais sucintamente por Romano, que aborda a saúde e a doença como “fases da vida, dependentes a qualquer momento do saldo mantido pelos dispositivos, geneticamente e experimentalmente determinadas, com a intenção de cumprir as necessidades e adaptar-se e administrar tensões que possam surgir de dentro do organismo ou de fora”. A saúde representa uma fase de ajuste pleno, e a doença uma fase de falha desse ajuste. Este conceito não é novo, já que foi expresso há quase um século por Claude Bernard. Entretanto, ele tem sido vagarosa e parcialmente incorporado ao ensino e ao pensamento médicos (ENGEL, 1953, p. 33, tradução nossa).

Engel (1953, p. 33) chama atenção para o fato de que o conceito unitário de saúde só pôde emergir a partir de dois campos científicos: a biologia de Charles Darwin [1809-1882] e de Claude Bernard [1813-1878], e a psicanálise de Freud. No conjunto das descobertas de Darwin, ele reconhece a importância da ligação e da semelhança fundamental existente em todas as formas de vida. Ele destaca a importância de Bernard por ter sido ele o primeiro médico e fisiologista a enunciar que saúde e doença representam um *continuum*, ou seja, diferentes fases de processos vitais, e também porque desenvolveu técnicas experimentais para demonstrar tal ideia.

Apesar da ampla aplicação na medicina das descobertas de ciências como a química e a física, afirmou o autor que os conceitos de doença tendiam a excluir a importância do comportamento e dos processos mentais, mantendo fortemente a noção dicotômica mecanicista e de causalidade única entre mente e corpo. Isto explicaria a limitada aplicação das ideias de Bernard, visto serem mais apropriadas aos outros animais. É neste ponto, portanto, que as ideias de Freud se fazem necessárias. “Isso permaneceu até Sigmund Freud [1856-1939] fornecer os conceitos e a metodologia que permitiram o desenvolvimento de um conceito unitário de doença”, afirmou o autor.¹⁶¹ Em Freud, ele destacou o desenvolvimento da psicanálise, tanto como técnica quanto como quadro conceitual, permitindo “o exame sistemático do entendimento do comportamento como *parte da adaptação total do organismo*”.¹⁶² Sobre o estado da psiquiatria dos anos 1950, ele concluiu:

¹⁶¹ Ibid. p. 33, tradução nossa.

¹⁶² Ibid. p. 33, tradução e grifos nossos.

A prova da influência da psicologia dinâmica nesse desenvolvimento é encontrada no fato de que, embora a psiquiatria seja a mais jovem das ciências médicas, o *impetus* maior para a unificação dos conceitos de saúde e doença veio na década passada, através de psiquiatras e médicos orientados psicologicamente (Ibid. p. 34, tradução nossa).¹⁶³

Desde os anos 1950, a noção de sistema permitiu que os psiquiatras assimilassem os trabalhos de Cannon, Selye, Freud e outros autores numa *gestalt* conceitual. Abandonando o modelo de causa única da doença desenvolvido no século dezenove (expresso na ideologia do individualismo) em prol do novo modelo “biopsicossocial”, passou-se a conceber a doença como uma desarmonia entre sistemas (do atômico ao ecológico). Tal modelo estava associado à mudança paradigmática em direção ao holismo, característica que passou a influenciar, ao menos teoricamente, os modelos de atenção em saúde neste período. Entre esses novos modelos teóricos, destacou-se, segundo Arney e Bergen (1984, p. 71) o pensamento do biólogo Ludwig Bertalanffy, uma autoridade no pensamento biológico nos anos 1950. Ele escreveu sobre sistemas pensando num modelo unitário da física, da biologia, da medicina, da psicologia, das ciências sociais e da filosofia. Vejamos as palavras do próprio autor:

Existem *leis sistêmicas gerais* que se aplicam a qualquer sistema de um determinado tipo, a despeito das propriedades particulares do sistema ou dos elementos envolvidos. Podemos dizer, também, que existe uma correspondência estrutural ou uma homologia lógica dos sistemas nos quais as entidades interessadas são de uma natureza totalmente distinta (BERTALANFFY, 1950, p. 138, tradução nossa).

O conceito de “*stress*” foi em grande parte cunhado no modelo de sistemas. Em tal conceito encontra-se uma espécie de meta de harmonia a ser alcançada num mundo cuja realidade seria essencialmente hostil. Dentro dessa teoria, os sobreviventes dependem da adaptação; o indivíduo está em equilíbrio dinâmico com o seu meio, de modo que há um paralelo entre categorias da física (ex.: Força x Carga) e outras da Psicologia. O indivíduo é entendido agora existindo em virtude da energia entre ele e os sistemas em que está inserido, ou melhor, com os quais forma um *todo*. A homeostase passa a ser a metáfora para a percepção do indivíduo. Nesse enquadramento, a patologia seria, portanto, uma maneira de adaptação a uma situação de desequilíbrio. A individualidade não poderia ser mais o ponto de partida para a teoria psiquiátrica. Bartemeier conclui:

¹⁶³ Engel se refere aqui, especificamente, a Franz Alexander, Flanders Dunbar, Karl Menninger, para mencionar alguns. A medicina tradicional em geral resistiu a essa linha de desenvolvimento teórico.

O nosso estilo de pensamento, a prática psiquiátrica, a nossa ideologia americana têm sido quase exclusivamente desenvolvidos sob a ótica do indivíduo. (...) Esse ponto de vista não foi adequado para o melhor da prática psiquiátrica civil, e sua inadequação tem sido na maior parte das vezes revisada, em parte por conta da dificuldade profissional e pela necessidade de compreender e utilizar novos conceitos. Nossa impressão é a de que um psiquiatra que decida aderir exclusivamente ao ponto de vista individualista na psiquiatria é incapaz de entender, numa proporção maior, as dificuldades psiquiátricas do combatente (BARTEMEIER et al., 1946, p. 371, tradução nossa).

Para se entender a saúde, assim, o indivíduo não poderia ser tomado como o ponto de partida. As doenças tinham múltiplas causas, incluindo as psicológicas e as sociais. Surgem então alguns estudos pioneiros em psicologia social, especificamente sobre o pânico, que ganhou novos contornos. O fenômeno do medo passou a ser estudado e compreendido nas suas relações com o meio social. Ora, já em outubro de 1938, numa noite de *Halloween*, Orson Wells dirigira e narrara por uma poderosa emissora de Rádio o episódio “*The War of the Worlds*”, numa adaptação da novela de H. G. Wells. A emissão provocou o primeiro estudo em psicologia social sobre a histeria em massa.

No campo da biologia e da fisiologia, o movimento em direção ao *holos* também ganhava força. Segundo a psicossomaticista Helen Flanders Dunbar, em “*Emotions and bodily change*”, as ideias de “organismo-ambiente como um todo” estavam se tornando cada vez mais um tópico central (DUNBAR, 1954, p.745). Dunbar fazia parte de uma importante escola de “medicina psicossomática”, a citada Sociedade Norte-Americana de Medicina Psicossomática – conhecida também como Escola de Chicago. Nela apareciam outros nomes importantes, como os de Franz Alexander e Theodore Wolfe. Estes pesquisadores estavam interessados em correlacionar os dados de tratamento psicanalítico com doenças orgânicas. Franz Alexander (antigo aluno de Ferenczi), por exemplo, ficou famoso por sua pesquisa extensa sobre a correlação entre os dados de pacientes hospitalizados, colhidos durante entrevistas psicanalíticas, com determinados quadros orgânicos (ex.: asma brônquica, hipertensão, alergias, enxaqueca etc.).

Wolfe e Dunbar estavam preocupados com questões semelhantes. Tendo sido alunos de Wilhelm Reich [1897-1957], em Oslo, ambos o convidaram no ano de 1939 para dar aulas na *New School for Social Research*. Porém, devido às frequentes perseguições políticas¹⁶⁴ sofridas desde a chegada de Reich, houve um afastamento entre eles. Tal distanciamento impossibilitou a Wolfe e à Dunbar assimilar as posteriores contribuições metodológicas e

¹⁶⁴ Tais perseguições políticas deviam-se ao fato de Reich ter sido membro do Partido Comunista Alemão nos anos 1930. Cf. Greenfield (1974).

clínicas desenvolvidas por Reich. Deste modo, o campo da medicina psicossomática restringiu-se às suas contribuições teóricas, não desenvolvendo recursos de intervenção propriamente clínicos.¹⁶⁵ Desde então, a proposta de tratamento da medicina psicossomática acadêmica ficou restrita à combinação de recursos médicos convencionais com as psicoterapias verbais, particularmente a psicanálise. A psicossomática, portanto, não pôde ser desenvolvida em uma especialidade terapêutica, já que, além de conservar, na prática, a dicotomia corpo/mente, ela não apresentou nenhum novo recurso de tratamento.

Este é um dos exemplos mais evidentes da separação mente-corpo encontrados na década de 1950. Portanto, junto à crescente valorização dos aspectos holísticos nas ciências como um todo¹⁶⁶, é preciso dizer que o reducionismo e a ideia de mente e corpo enquanto entidades separadas continuam. No campo da clínica psicanalítica, por exemplo, ocorre certamente o que alguns autores chamam de “esquecimento da corporeidade”, produzindo consequências no próprio campo de intervenção da clínica, ocorrendo uma demarcação de fronteiras. O corpo continuou sendo objeto de intervenção e de estudo da medicina e das diversas correntes biologizantes, ao passo que o psiquismo – sem carne - caiu no domínio da psicanálise. Isto está de acordo com a crítica de Birman (2007), quando ele escreve:

Uma parcela substancial da comunidade analítica se esqueceu de que a subjetividade adoecida tem um corpo e que é justamente neste onde a dor literalmente se enraíza. Tal “esquecimento” custou caro à psicanálise, que assim “deu de bandeja” para a medicina e a psiquiatria a inglória tarefa de cuidar do corpo, ficando com a dita parte nobre da subjetividade, isto é, o psiquismo, a versão cientificista da alma (BIRMAN, 2007, p. 21).

Não foi à toa, portanto, que o campo epistêmico do pós-guerra foi marcado pela concomitância de posições bastante contrastantes. Paradoxalmente, ainda que este contexto tenha sido propício à propagação da teoria psicanalítica, surgiram os primeiros indícios do que, posteriormente, iria constituir a virada “biologicista” dentro da psiquiatria. Nesta onda, obviamente, foram emergindo hipóteses de outra natureza para as doenças cardíacas. Tais

¹⁶⁵ É importante acrescentar que Além destas contribuições, a “psicossomática clássica” não acompanhou as produções teóricas posteriores de Reich que, tal como propôs Bertalanffy, formulavam um campo de conhecimentos unitário entre as ciências naturais (dentre as quais podemos destacar a biologia e a física) e as humanas (psicanálise e sociologia, por exemplo). Tanto Reich, quanto Bertalanffy, foram, certamente, pioneiros do paradigma holístico ou da complexidade, elaborado nas décadas seguintes por outros autores.

¹⁶⁶ Para uma abordagem sobre a valorização do holismo no Pós-guerra, veja o recente trabalho de Linda Wood (2010), “*A more perfect union: holistic worldviews and the transformation of american culture after World War II*”, Nova Iorque: Oxford University Press.

hipóteses fortaleceram-se até o ponto em que o que passou a estar em questão não foi nem o coração propriamente dito, nem a ansiedade provocada por conflitos neuróticos inconscientes.

Começaram a ganhar bastante força abordagens de cunho reducionista. Na França, por exemplo, Justin-Besançon e Klotz descreveram a chamada “espasticidade”, que seria consequência dos baixos níveis de cálcio no sangue (JUSTIN-BESANÇON e KLOTZ, 1950). O nome da doença era “*spasmophilie*” ou “*chronique tétanie*” (CATHEBRAS, 1995; FRASCHINA, 1979; HORENSTEIN, 1986; SIDOUN et al. 1989). A espasmofilia era diagnosticada pela presença do sinal Chvostek. Para corrigir o transtorno, os médicos franceses trataram os acometidos de espasmofilia com vários suplementos de cálcio.

Desde o trabalho clássico de Krishaber (1873), alguém, na França, poderia encontrar a “*faiblesse irritable*” nos estados de ansiedade. Mas agora o olhar médico se tornara mais penetrante: contemplava o corpo ao nível dos íons de cálcio no sangue. O corpo passou a ser examinado não mais pela ótica da anátomo-fisiologia, mas pela da físico-químico-anátomo-fisiologia. Na esteira destas ideias, num artigo extremamente influente, Pitts e McClure (1967) demonstraram que o lactato causava pânico entre pessoas com os sintomas clássicos de ansiedade aguda. Quando injetavam lactato nestes pacientes, apareciam sintomas de dor na cabeça e no peito, tonteira e fraqueza. Sem dúvida, influenciados pelo trabalho de Klotz e outros pesquisadores de espasmofilia, Pitts e McClure notaram as semelhanças entre os sintomas de neurose de angústia e aqueles de hipocalcemia pré-tetânica (um estado de hiperreatividade observado em pessoas com baixos níveis de cálcio), um estado de hiperreatividade espástica. Durante a infusão do lactato, os pacientes apresentaram parestesia, formigamento da pele encontrado na hipocalcemia. Pitts e McClure levantaram a hipótese de que o lactato combinado com o cálcio baixava os níveis de cálcio. Para testar a hipótese, infundiram a combinação para ver se poderiam bloquear a reação ao pânico.

Além destas pesquisas, os anos 1950 e 1960 também foram marcados pela disseminação de calmantes, conforme apontou recentemente Herzberg (2009). Nos EUA, em particular, as “*magic bullets*” fizeram tanto sucesso que dezenas de milhões formaram uma população cativa no consumo de remédios como o Miltown. As circunstâncias que favoreceram o consumo de drogas ansiolíticas neste período teriam a ver com o movimento da medicina em direção à sua comercialização ao nível global. Ora, os recém-inventados antibióticos e vacinas (contra poliomielite, por exemplo) não eram somente conquistas da humanidade, mas objeto dos interesses comerciais de companhias privadas.

Especificamente em relação aos novos psicofármacos, este processo teve suas raízes no final dos anos 1940, quando o cirurgião francês Henri Laborit descobriu uma classe de

drogas conhecida como anti-histamínicos. Essas drogas inibiam as respostas alérgicas do corpo, embora fosse conhecido o efeito colateral de sedação. Em resumo, Laborit descobriu que essas drogas mantinham os pacientes calmos durante a cirurgia e diminuía as reações de choque. No final da década de 1950, o francês Paul Charpentier sintetizou uma molécula que era, virtualmente, imune a *todos* os efeitos colaterais: clorpromazina. De fato, em 1950, com a síntese da clorpromazina, o primeiro dos anti-psicóticos, inicia-se a psicofarmacologia (HEALY, 2002, p. 37). Esta foi a primeira e provavelmente mais importante das novas drogas psiquiátricas, conhecida também pelo seu nome comercial “Thorazine”.¹⁶⁷

Estavam formadas as condições para que se iniciasse uma nova e profunda reorientação no olhar médico sobre o medo. A classe psiquiátrica começava a utilizar o Thorazine e, com todos os motivos, ficavam animados com os resultados evidentes. Muitos pacientes psicóticos – mesmo os crônicos e intratáveis – passavam a ter uma esperança, ganhando mais e mais contato com a realidade. Embora a psicanálise tivesse bastante reputação nos postos acadêmicos e institucionais, a clorpromazina se espalhou com grande rapidez na prática institucional médica norte-americana, européia, e cada vez mais ao nível global. As novas pesquisas compartilhavam o ceticismo com relação às ideias freudianas e também a determinação de explorar o que eles consideravam ser alternativas mais científicas e efetivas. Esses pioneiros da psicofarmacologia facilitaram o desenvolvimento desse campo através de conferências e uma torrente de publicações persuasivas.

Talvez mais importante do que isso, eles persuadiram o governo norte-americano a financiar suas pesquisas. Vários psiquiatras, como Mike Gorman e Kline, conseguiram, em 1955, que o “*Mental Health Study Act*” fornecesse fundos substanciais para a pesquisa em saúde mental, além de dois milhões de dólares anuais ao “*National Institutes of Health*” para estudos de novos remédios. O fundo foi utilizado para criar o *Psychopharmacology Research Center* no *National Institute of Health*. Segundo David Healy (2002), agora a “psiquiatria biológica fora capitalizada”.

¹⁶⁷ Para um panorama histórico do desenvolvimento da psicofarmacologia, veja “The creation of psychopharmacology”, D. Healy (2002).

3 O FOCO NO CÉREBRO

Estou cada vez mais convencido de que a relação ciência, política, ideologia, quando não é invisível, continua a ser tratada de modo indigente, através da reabsorção de dois dos seus termos num deles tornado dominante.

Edgar Morin.

Não mais o coração. Não mais a mente. Nos anos 1980, a resposta mais adequada à questão “onde está a raiz do medo?” seria dada, maciçamente, em favor de uma etiologia cerebral. Há muito tempo, o coração deixara de ser a principal figura na cena médica. Ao se tratar do medo utilizava-se um novo vocabulário. O coração romântico novecentista, sede da coragem e da alma, deu lugar ao cérebro. O transplante cardíaco, impensável um século antes, tornou-se possível na era cerebral. Encontramos esta ideia em DiBardino (1999) e Patterson e Patterson (1997): o coração agora não seria mais lugar de mistério¹⁶⁸. Agora, aquele que ousasse transferi-lo de um corpo sem vida para outro ainda vivo não cometeria sacrilégio. O lugar em que antes repousava o âmago do ser passaria a ser considerado, definitivamente, uma mera massa muscular. Para este ponto também chamam atenção Gupta e Isharwal (2005), segundo os quais não teriam sido somente os avanços técnico-científicos que possibilitaram o sucesso do transplante de coração humano; estava em jogo o declínio de um paradigma. Eles escrevem:

Por centenas de anos, o coração foi considerado a sede da alma. Por essa razão e pelo fato de as primeiras tentativas de cirurgia terem sido infrutíferas quase sempre, o coração era considerado inviolável. Fabricius também fala do sentimento sobre as feridas do coração antes do último século: “Se o coração é ferido, o *medo* é disseminado. É desnecessário, portanto, tentar qualquer tratamento” (GUPTA e ISHARWAL, 2005, p. 182, tradução e grifo nossos).

Esse novo paradigma serviu de sustentação à emergência do DSM-III. Pôs-se em pauta, a partir de então, uma nova lógica segundo a qual a sintomatologia de medo dos pacientes não deveria ser mais explicada em termos etiológicos ou de sua história subjetiva. O mal-estar fóbico passaria a ser explicado pontualmente, de forma que as suas diversas formas nosológicas deveriam ser diagnosticadas a partir de menus de sintomas. Estes sintomas, por sua vez, não seriam entendidos em termos da história pregressa do paciente. A história individual não teria tanta importância para o tratamento, visto que as metas passaram a ser, em primeiro lugar, a eliminação dos sintomas (como meta terapêutica), e, em segundo, a psicofarmacoterapia (como técnica terapêutica). Assim, até mesmo o termo “neurose” deveria ser utilizado somente descritivamente, sem qualquer implicação com um processo etiológico

¹⁶⁸ Do ponto de vista cronológico, a história do transplante de coração pode ser dividida em duas fases: a era clínica e a era moderna; cada época produziu avanços fantásticos na técnica da cirurgia, na preservação do órgão, no diagnóstico e tratamento da rejeição. A era clínica começou em 1964 com a primeira tentativa de substituição do coração humano. A era moderna começou em 1980, com o sucesso no transplante de coração humano. Cf. DiBardino, D. J. (1999) e Patterson, C., Patterson, K. B. (1997).

subjetivo específico (APA, 1980). A concepção tradicional de enfermidade, centrada na ideia de etiologia, perdeu terreno, já que a etiologia passou a ocupar um lugar secundário.

Contudo, a despeito da racionalidade psiquiátrica ter passado a valorizar a pontualidade do sintoma, esquecendo (ou deixando de lado) a subjetividade envolvida no sintoma, uma nova síndrome ligada ao medo incluída no DSM-III, a síndrome do estresse pós-traumático, não se coadunava com esta lógica. O antropólogo e historiador da medicina Allan Young (1995) aponta que a nosologia do *trauma* dos anos 1980 é distinta das outras formas psicopatológicas. O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) possuiria uma lógica diferente das demais inseridas no DSM-III. Ele tem uma etiologia evidente, até mesmo considerada como dada e não-discutida. *Teria havido*, certamente, um evento passado na história do indivíduo, que precipitou a emergência de sintomas posteriores ao evento. Assim, as “re-vivências” sintomáticas (critério B do DSM) são distintas das “ruminações” comuns na depressão. Se uma pessoa associa a sintomatologia fóbica com algum evento passado, pronto: não resta dúvida sobre o diagnóstico. Sendo os sintomas conectados internamente, como causa e efeito, a classificação não se encaixa na abordagem prometida do DSM-III.

Entretanto, por que excetuar o TEPT? Como mostraremos, a princípio, não foram estudos laboratoriais ou dados clínicos que legitimaram esta síndrome. De fato, sua inserção no novo manual deveu-se unicamente pela luta travada, no plano político, pelos veteranos norte-americanos da Guerra do Vietnã.¹⁶⁹ Vejamos como se processou tal conquista.

3.1 Pós-trauma: controvérsias ao redor da categoria nosológica

Nada é “inevitável”.

Allan Young

Segundo Young (1995), a lógica interna no TEPT, que enfatiza a etiologia e os seus mecanismos pós-trauma, faz com que ele se diferencie dos outros transtornos psiquiátricos – depressão, ansiedade, pânico, etc. Como comenta Klerman (1989, p. 29), enquanto os outros transtornos não podem ser conectados a nenhuma origem exógena (em vista do espírito neo-kraepeliniano da nova nosologia), a lógica do TEPT enfatizava uma conexão sem limite de

¹⁶⁹ Cf. Dean (1997), Scott (1990) e Shephard (2000).

tempo entre o trauma e os seus efeitos sintomatológicos. Young chama atenção para a maneira de se considerar esta lógica um fato, uma coisa dada. Segundo o autor, a ausência de discussões a respeito deste critério traz consequências indesejadas.

A ideia de uma memória traumática produz duas questões que devem ser consideradas de forma separada. Em primeiro lugar, o diagnóstico de TEPT é válido? Em segundo lugar, a classificação do TEPT, tal como representada a partir do DSM-III, faz distinção entre casos que se conformam ou não à lógica interna do TEPT? Se a resposta à primeira pergunta é negativa, ele conclui que seria desnecessário continuar até a segunda questão, que concerne à heterogeneidade de casos rotineiramente diagnosticados como TEPT. Por outro lado, se a resposta é positiva, é razoável fazer a segunda pergunta. Em outras palavras, existem duas maneiras de criticar o diagnóstico de TEPT. A primeira maneira é rejeitar completamente a lógica interna do transtorno (trauma → sintomas pós-trauma). A segunda é aceitá-la em princípio, mas argumentar que, na prática, os grupos de TEPT compõem-se de quadros heterogêneos, cada um deles possuindo explicações diferentes e mais específicas. Ou seja, existem casos com e sem mecanismo etiológico definido.

No nosso modo de ver, as contribuições de Young (1995) para a genealogia do trauma são muito úteis para o nosso trabalho não só pelas críticas *internas* à validade do diagnóstico, mas também, e isto é o mais importante, pelas interrogações que faz sobre a relatividade e dimensão sócio-histórica envolvida na construção de tal categoria. Na esteira de Young, Ruth Leys (2000) aponta que a categoria de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apresenta problemas que podemos observar desde a síndrome da espinha ferroviária (categoria criada por Erich Erichsen em 1866), tais como a discussão acerca de sua causalidade, e questões ligadas à memória. Em relação a este último ponto, ela chama atenção para um problema bastante pertinente ao TEPT e que diz respeito à relação entre os sintomas desenvolvidos posteriormente ao trauma: estariam os sintomas típicos do TEPT diretamente ligados a um trauma originário? Qual seria realmente o método mais apropriado para se averiguar isto?

Certamente, nem Young, nem Leys carregam os preconceitos observáveis na classe médica ao tempo da guerra civil norte-americana, ou o espírito de Yealland, que, desconfiando dos sintomas de seus pacientes em Londres, na década de 1910, eletrocutava-os para encontrar uma “cura mais eficaz”. A questão levantada pelos autores contemporâneos diz respeito a dois pontos aceitos tanto pela classe psiquiátrica (imediatamente) quanto pela opinião leiga em geral (em escala crescente). O primeiro ponto consiste na relação direta que se faz entre sintomatologia pós-traumática e o evento original traumático. O segundo ponto consiste no entendimento deste trauma como sendo um fenômeno de ordem cerebral. Na

atualidade, nenhum estudioso do trauma discordaria que a maneira hegemônica de seu entendimento deriva das neurociências. Breslau e Davis (1987) apontam que atualmente esta visão hegemônica é a regra dentro da visão psiquiátrica convencional. Assim, para a visão da psiquiatria biologicista norte-americana, os sintomas são conectados a uma etiologia (experiência traumática que afeta o cérebro) e a um mecanismo patogênico (memória traumática envolvida com mecanismos específicos de ordem cerebral). Neste sentido, Allan Young, num trabalho mais recente (YOUNG, 2001), cunhou a expressão “nossa neurose traumática e o seu cérebro”.

Este autor, muito embora seja crítico do modelo atual do trauma, rejeita a conclusão de que o entendimento do DSM seja o “vilão” da história da psiquiatria dos anos 1980. Ou ainda que todas as teorias relacionadas com ele estão erradas. Ao contrário disso, afirma que, apesar de terem existido efetivamente muitos interesses políticos, econômico-financeiros, ideológicos etc., envolvidos na criação de tal categoria, ele gostaria que o seu trabalho fosse entendido da seguinte forma: as coisas que foram apresentadas no DSM não foram inevitáveis. Isto é, a história das categorias de trauma poderia ter sido diferente, de modo que, se fizéssemos um esforço de *estranhamento*, o modelo do TEPT atual poderia ter sido, por exemplo, aquele proposto por Rivers durante a I Guerra Mundial, ou semelhante ao proposto por Da Costa, onde sequer foi citada a palavra “trauma”. Por isto, Young entende que não se trata de demonizar o DSM. Deve-se apontar a sua historicidade, relativizá-lo e proporcionar reflexões construtivas a respeito do modelo atual.

A ideia proposta pelo sociólogo Derek Summerfield (2001) é bastante útil para o nosso debate. Ele propõe que por trás do TEPT existe uma noção subjacente de doença como entidade, tendo uma existência objetiva no mundo. Como se, independentemente de sua *descoberta*, ela estivesse lá, desde sempre, a despeito do olhar psiquiátrico. Seguindo este raciocínio, é admissível que pessoas do neolítico fossem capazes de ter um transtorno de estresse pós-traumático, da mesma forma que em quaisquer épocas, culturas, países. Já demos exemplos suficientes sobre o fato de que sofrer de medo, sofrer um trauma, vivenciar um mal-estar intenso e agudo, depende, em primeira instância, do período e do lugar em que o paciente está. Existem sofrimentos específicos em todas as épocas. O sentido que o paciente dá à sua doença depende diretamente do que se entende, em cada época, *sobre* a sua doença, do que legitima ou não o seu sofrimento. É desta forma que a maneira do doente de lidar com o seu mal-estar se liga à cultura. Decorre enfim deste ponto a íntima ligação entre patologia, psíquica ou não, e o plano cultural, social, histórico.

Summerfield aponta que, ao contrário do que se costuma pensar, a história do transtorno de estresse pós-traumático é mais um exemplo evidente do papel que a sociedade e a política assumem no processo de sua invenção:

O diagnóstico [de TEPT] é um legado da guerra americana no Vietnã e produto dos lucros do pós-guerra que se encapsularam nos homens que serviram lá. Quando eles chegaram às suas residências, muitos começaram a apresentar sérios problemas emocionais. Aqueles que foram examinados por psiquiatras foram diagnosticados como tendo um estado de ansiedade ou de esquizofrenia; outros foram diagnosticados como tendo transtorno de personalidade ou depressão; esses diagnósticos foram posteriormente substituídos por transtorno de estresse pós-traumático (SUMMERFIELD, 2001, p. 95, tradução nossa).

Summerfield lembra que, durante a discussão sobre a inserção do TEPT no DSM-III, em nenhum momento estiveram em pauta questões desta ordem. Por exemplo, se e como as doenças têm existência, relatividade sócio-histórica, dimensão epistemológica do conhecimento, ou até mesmo se existia algo que ainda devesse ser descoberto. Summerfield (2001, p. 97) salienta que o ponto a ser criticado nesta questão deve ser não o *pathos*, a existência da experiência do sofrimento em si, mas o *status* objetivo deste transtorno como doença. O que se deve levar em conta, portanto, é que a cada diagnóstico de TEPT, a cada novo artigo publicado, ou a cada pedido por pensão, a sua aparente livre existência e lugar natural no mundo são reafirmados. Young (1995) complementa:

Esse transtorno não é atemporal, nem possui uma unidade intrínseca. Ao invés disso, ele está ligado a práticas, tecnologias e narrativas com as quais ele é diagnosticado, estudado, tratado e representado por vários interesses, instituições, argumentos morais, os quais mobilizam tais esforços e pesquisas (YOUNG, 1995, p. 5 - tradução nossa).

3.2 A luta dos veteranos em casa: a inserção do TEPT no DSM-III

Como já dissemos, as origens do diagnóstico de TEPT estão intimamente ligadas aos eventos em que, de forma direta ou indireta, atuaram os veteranos norte-americanos da Guerra do Vietnã. Primeiramente, suas experiências como combatentes e, posteriormente, as questões surgidas quando eles se tornaram pacientes do *Veterans Administration (VA) Medical System*. Segundo Jones e Wessely (2005), os veteranos, que serviam geralmente um ano nas zonas de combate, posteriormente relataram terem sido expostos a uma gama bastante extensa de

estressores traumáticos, comumente mencionados nos manuais psiquiátricos. Entre estes, podem-se destacar, obviamente, os perigos à própria vida, o medo de perderem parte do corpo, de sofrerem feridas capazes de desfigurá-los, de sofrerem lesões no cérebro ou na medula, etc. Segundo ainda Fontana, Rosenhecht e Brett (1992), relataram também terem sido auto-traumatizados – devido à extrema violência que eles mesmos se infligiam moralmente, tal como tortura de prisioneiros, mutilação, morte e assassinato de civis.

A maior parte deles retornou aos EUA entre 1964 e 1975. De acordo com os defensores do diagnóstico de TEPT, a falha do VA em reconhecê-lo e tratá-lo nesse período produziu consequências desastrosas. Diversos autores e seus respectivos colaboradores, tais como Laufer (1981), Sierles (1983) e Yager (1984) também destacaram as altas taxas de transtornos mentais entre os veteranos agora diagnosticados com TEPT, as sequelas econômicas e sociais, assim como diversos tipos de comportamentos auto-destrutivos. Wessely (2005) assinala que todos estes fatores, associados aos significados morais e históricos ligados aos eventos traumáticos dos veteranos do Vietnã, podem ajudar a entender as controvérsias em torno da história da inserção desta categoria no DSM publicado em 1980.

Dean (1997) nos lembra que, ao contrário de outras categorias nosológicas, o TEPT surge num período em que predominava a oposição à guerra. Ele cita o exemplo das diferenças entre as descrições da Guerra Civil e da Guerra do Vietnã. As primeiras, escritas logo após o conflito, apesar de exibirem o quadro de extremo horror – corpos mortos espalhados nos campos de batalha – não demonstraram nenhuma convicção de que a guerra era absurda (DEAN, 1997, p. 203). Além disso, como mostramos no início deste trabalho, na maior parte das vezes, aqueles que foram acometidos de doenças logo após terem passado pela experiência das batalhas sequer foram considerados “doentes”. Ao contrário, foram considerados covardes ou efeminados. Já os veteranos do Vietnã, que foram acometidos de sintomas de toda ordem (sonhos aterrorizadores, depressão, palpitações inesperadas, ataques de angústia, ansiedade, culpa, etc.) eram considerados doentes.

Havia um terreno altamente propício para se entender os veteranos do Vietnã como “doentes”, porém, isto não significa dizer que houve uma pronta aceitação da legitimidade de suas patologias. Jones e Wessely (2005) assinalam que o diagnóstico de TEPT traria, no entanto, importantes implicações fiscais para o VA. Em primeiro lugar, faria com que o VA tivesse muito cuidado por todos os presentes e futuros casos, incluindo os falsos positivos em busca do mesmo rótulo. Futuramente, as regulações do VA também permitiriam que os veteranos diagnosticados com TEPT procurassem pensões retroativas, revendo seus diagnósticos psiquiátricos mal realizados. Essas mudanças exigiriam fundos adicionais do

Congresso e a redistribuição dos recursos do VA entre os veteranos. A este respeito, Fuller (1985) comenta:

A realidade política do fluxo e do refluxo de benefícios dos veteranos em Washington consiste no que é apropriadamente chamado de “Triângulo de ferro”, formado pelo Congresso, a Administração de Veteranos e as Organizações de Serviço aos Veteranos. Pouco pode ser feito sem a aceitação de cada um. Dependendo da política e dos orçamentos, cada ponta do triângulo empurra e puxa os seus vizinhos até que um consenso seja alcançado. (...) Na mente dos tradicionalistas (...), os defensores [do diagnóstico de TEPT] faziam parte do símbolo ativista e mais visível do movimento antiguerra nos Estados Unidos: os “Vietnam Veterans Against the War”, que “provavelmente eram todos loucos antes que deles entrarem em serviço, anteriormente” (FULLER, 1985, p. 6, tradução nossa).

Os interesses de grupos bem estabelecidos, representando os veteranos das guerras anteriores, consideraram os defensores do TEPT como psicólogos e psiquiatras com interesses de classe (FULLER, 1985, p. 6). Em outros círculos, ao contrário, houve muita pressão para que o TEPT fosse considerado uma doença psiquiátrica legítima. Em favor do TEPT, surgiam alguns argumentos importantes: as evidências clínicas davam suporte ao diagnóstico, já que este tinha uma longa história, podendo ser ligado, inclusive, ao século dezenove. Neste sentido, Andraesen (1980, p. 1517) lembrou as descrições de Oppenheim a respeito das neuroses traumáticas. Além disso, não fazia sentido pedir evidências baseadas em pesquisas epidemiológicas ou experimentais quando, até então, os fundos para a realização de tais pesquisas simplesmente não existiam. Outro argumento foi o seguinte: não incluir o TEPT na classificação psiquiatria norte-americana equivaleria a culpar as vítimas por seus infortúnios, além de negar cuidados médicos e pensões a homens que foram obrigados ou induzidos a sacrificar sua juventude numa guerra imperialista. Reconhecê-lo como doença legítima seria, portanto, segundo Jones e Wessely (2005), um pequeno passo na direção do pagamento de uma grande dívida.

Com o passar dos anos, publicou-se uma série de estudos, geralmente em pequena escala e de forma não controlada, nos quais se identificou o aumento do número de ex-combatentes que se queixavam de seus sintomas ou de má-adaptação social. Alguns comentadores começaram a questionar a visão convencional de que o Vietnã fora bem sucedido quanto à casuística psiquiátrica. Na pesquisa de Figley (1978), realizou-se um acompanhamento (“*follow up*”) de um grupo de veteranos durante quatro anos aproximadamente. O autor observa: “É tentador concluir a partir dos resultados que a tese de que o tempo cura todas as feridas, é válida, afinal, e, sendo assim, o melhor tratamento

psicológico para o reajuste dos veteranos é o tempo e a paciência” (FIGLEY, 1978, p. 109, tradução nossa).

Entretanto, cada vez mais a comunidade psiquiátrica descobriu taxas elevadas de problemas de saúde mental entre os veteranos, incluindo comportamentos autodestrutivos, consumo de álcool e drogas, transtornos emocionais graves, depressão, etc. No imaginário coletivo americano, inclusive, existe a figura do “veterano do Vietnã raivoso”. Segundo Scott,

Os profissionais de saúde mental em todo o país avaliaram veteranos do Vietnã com nomenclaturas diagnósticas que não tinham relação específica com traumas de guerra (...). Os médicos do VA normalmente não recolhem histórias militares como parte do diagnóstico. Muitos pensaram que os veteranos do Vietnã que estavam agitados devido às suas experiências de guerra, ou que falavam várias vezes sobre elas, sofriam de neurose ou psicose, cuja origem e dinâmica estavam fora do âmbito do combate (SCOTT, 1990, p. 298, tradução nossa).

No início dos anos 1970, uma psiquiatra do *Boston VA Medical Center*, Sarah Haley, entrevistou um paciente que parecia estar extremamente ansioso e agitado. O veterano relatou que ele havia sido membro de uma tropa de infantaria responsável pelo assassinato de milhares de civis numa vila de MyLai. Embora estivesse presente, afirmou que ele próprio não tinha disparado sobre os habitantes. Após o massacre, foi avisado por outros soldados que deveria manter silêncio sobre o evento. Ele obedeceu, mas entrou em colapso posteriormente. Tomado por sensações de terror, desenvolveu perturbações graves do sono e passou a acreditar que membros da infantaria procuravam-no para assassiná-lo. Haley, que não sabia do ocorrido em MyLay, apresentou suas notas e conclusões sobre o caso ao *staff* do VA, que, por sua vez, chegou a um consenso sobre o diagnóstico: esquizofrenia paranóide (SCOTT, 1990, p. 298). Robert Lifton¹⁷⁰, comentando este bárbaro crime, comentou: “Especialmente desprezível (...) foi o exemplo da psiquiatria militar, que esteve mais preocupada com os interesses militares do que com os do soldado-paciente (citado em SCOTT, 1989).

Por volta de 1972, o *New York Times* publicou um artigo do psiquiatra Chaim Shatan, que denominou o transtorno dos veteranos de “síndrome pós-Vietnã”. Em sua opinião, tal transtorno era produzido por um trauma e se compunha de muitos sintomas (culpa, raiva, entorpecimento psíquico, confusão mental, sentimentos de perseguição). Tal transtorno não fora tratado e reconhecido na história até então. Shatan, Lifton e outros apresentaram os mesmos argumentos nos encontros anuais de organizações da psiquiatria.

¹⁷⁰ Autor dos livros *Death in Life* (1968) – que trata das vítimas de Hiroshima – e *Home from de War* (1973), baseado na entrevista que realizou com o paciente da psiquiatra Haley.

Em 1975, Spitzer começou a preparar o DSM-III. Lifton e Shatan o abordaram com o pedido de formar um comitê específico para avaliar a síndrome pós-Vietnã. Inicialmente, Spitzer rejeitou a proposta com o argumento de que os pesquisadores haviam concluído que nenhuma classificação diagnóstica nova era necessária para descrever os transtornos psiquiátricos que afetavam os veteranos do Vietnã. No entanto, Spitzer afirmou que poderia reconsiderar, caso fossem apresentadas *evidências persuasivas* a favor do diagnóstico pós-traumático. Shatan então organizou um grupo de trabalho para coletar dados sobre a síndrome, que passou a ser designada como “transtorno pós-combate”. O grupo de trabalho gradualmente expandiu-se, passando a incluir pesquisadores de outras categorias de experiências traumáticas e renomados estudiosos das síndromes de resposta ao *stress* (HOROWITZ, 1976).

Neste período, Spitzer pediu ao *Committee on Reactive Disorders* que revisasse os dados que estavam sendo coletados por este grupo. Assim que o comitê completou tal revisão, eles foram enviados à força tarefa do DSM-III.

O referido grupo de trabalho coletou evidências de quatro fontes: relatos publicados descrevendo as sequelas clínicas das catástrofes produzidas por homens e forças naturais; depoimentos dos veteranos de guerra; descrições clínicas fornecidas pelos profissionais simpatizantes; recomendações de especialistas em estresse patogênico. Propôs-se que o comitê aprovasse o diagnóstico pós-traumático, que deveria então ser chamado de “transtorno de estresse catastrófico” (a “reação de estresse pós-combate” deveria ser incluída como uma subcategoria, ou seja, como um “tipo” de reação a catástrofes).

De acordo com os informantes de Scott, os esforços do grupo de trabalho se concentraram sobre a líder do comitê, a psiquiatra Nancy Andraesen, que havia realizado pesquisas extensas com vítimas de graves queimaduras. O grupo de trabalho persuadiu Andraesen a observar as reações psicológicas pós-traumáticas dos seus pacientes com queimaduras (SCOTT, 1990, p. 306).

Em janeiro de 1978, o grupo de trabalho apresentou o seu relatório final ao *Committee on Reactive Disorders*. Um mês depois, o comitê enviou à força tarefa o rascunho final de sua posição, recomendando-lhe que a nova classificação fosse incluída no DSM-III, na seção de transtornos ansiosos. Andraesen assumiu que o TEPT era “um transtorno que há muito tempo já havia sido reconhecido na clínica psiquiatra, e para o qual o reconhecimento oficial foi mínimo” (ANDREASEN, 1980, p. 1517, tradução nossa). Ela completa:

Poderíamos ter esperado uma descrição (...) dele quando surgiu em 1968. Mas ao contrário, a categoria [do DSM-I] de “reação grave ao estresse” foi inexplicavelmente descartada. (...) Nenhuma categoria foi posta em seu lugar. (...) O destino da categoria parece ter sido ligado à história da guerra. O DSM-II foi compilado durante o interlúdio relativamente tranquilo entre a Segunda Guerra Mundial e o conflito do Vietnã. Talvez na ausência de conflitos militares e na presença de um tolo otimismo, que não contemplou a sua recorrência, a categoria não parecia mais necessária. A Guerra do Vietnã (...) forneceu evidências convincentes de tal necessidade. A descrição do transtorno de estresse pós-traumático no DSM-III foi escrita para satisfazer essa necessidade (ANDRAESEN, 1980, p. 1518, tradução nossa).

Assim, nem o DSM-III, nem a edição revisada, o DSM-III-R, publicado em 1987, identifica o PTSD relacionado à guerra como um subtipo de classificação do TEPT:

A clássica síndrome pós-traumática, que envolve pesadelos recorrentes, ansiedade, entorpecimento da responsabilidade, insônia, dificuldades de concentração, irritabilidade, hipersensibilidade e sintomas depressivos, tem sido descrita como uma resposta a uma enorme variedade de situações estressantes - prisioneiros de guerra, campos de extermínio, acidentes automobilísticos, acidentes industriais, desastres em massa, como em Buffalo Creek [a inundação] e Hiroshima, estupro e acidentes no lar. A definição do DSM-III destaca o fato de que todos esses diversos estressores tendem a produzir uma síndrome única, que parece ser a via final comum em resposta ao estresse grave (ANDRAESEN, 1980, p. 1518, tradução nossa).

Para Jones e Wessely (2005), a importância dada aos veteranos do Vietnã estava relacionada diretamente a fatores sociais, econômicos, militares e políticos. Scott (1990) e Young (1995) assinalam que não há dúvida sobre o impacto que as poderosas e carismáticas campanhas proporcionaram na decisão em favor do TEPT como categoria psiquiátrica do DSM-III. Como observou um psiquiatra contrário à politização da psiquiatria neste período, “para alguns, a política do movimento anti-guerra, foi pervertida e transformada em política de doença” (FLEMING, 1985, p. 136, tradução nossa). De uma forma ou de outra, a visão acerca do que os veteranos da guerra do Vietnã tinham foi modulada desde o princípio por fatores extra-científicos. Como Borus (1974) analisou, as importantes campanhas anti-guerra usaram esses casos clínicos como parte do processo político.

3.3 O paradigma cerebral e o pânico: as teorias de Donald Klein sobre a hipersensibilidade do centro de alarme de sufocação

Como dissemos, nos anos 1970, e notavelmente a partir da publicação do DSM-III, em 1980, a visão do medo como categoria médico-psiquiátrica serviu-se, sobretudo, de estudos

em laboratório sobre a neuroquímica de animais aterrorizados. A despeito da criação da categoria de TEPT ter sido influenciada mais pela política do que por uma suposta ciência “neutra”, cada vez mais, surgiram estudos que buscaram reduzir o pavor a fatores bioquímico-cerebrais. Com a “síndrome do pânico” ocorre reducionismo semelhante. Os acometidos de medo súbito deveriam, dentro deste modelo, ser submetidos a análises metabólicas, hormonais, químicas, enfim, a variados padrões biológicos manifestados durante o estado fóbico. Entre os veteranos do Vietnã e os acometidos de “pânico” haveria um denominador comum: a correlação entre a “causa” biológica do comportamento nos ratos e os sintomas manifestados em seres humanos. Foi assim, portanto, que a criação da categoria de transtorno do pânico no DSM-III não fugiu à regra biologicista.

Em especial, tal visão sobre o pânico recebeu forte influência dos estudos realizados pelo psiquiatra norte-americano Donald Klein. Klein conquistou notoriedade com seus estudos no campo da psicofarmacologia, nos anos 1970, com ênfase nos denominados *ataques de pânico*. Para ele, existiria uma diferença entre os *estados de ansiedade* e os *paroxismos de medo* tanto com relação à dimensão biológica quanto aos aspectos fenomenológicos (KLEIN e FINK, 1962). Em artigo de 1964, ele aponta dois agentes cerebrais específicos: 1) as primeiras experiências de perda do início da vida estimulavam determinadas áreas do cérebro responsáveis pela angústia de separação, causando uma predisposição aos ataques periódicos de medo; 2) as alterações hormonais posteriores (no caso das mulheres, mudanças na menopausa também seriam incluídas) agiriam através de determinados mecanismos cerebrais, contribuindo para a reativação dos “disparos” de pânico. A angústia de separação da primeira infância e as flutuações hormonais posteriores seriam os fatores etiológicos predominantes nos eventos elétricos cerebrais espontâneos, que caracterizariam o pânico.

Estudos paralelos aos de Klein contribuíram para a solidificação da visão do pânico como reação psicopatológica particular. Por exemplo, a hipótese do lactato endógeno, elaborada por Pitts e McClure, descrita nos anos 1960, afirmava que os exercícios físicos poderiam disparar uma angústia aguda em pessoas predispostas. Num estudo de 1967, os autores afirmam que o principal disparador do pânico seria o lactato endógeno, uma substância cuja produção aumenta durante o exercício físico. Quando se descobriu que os ataques de pânico poderiam, de fato, ser disparados pelo crescimento da dosagem do lactato (quando diminuem os níveis de oxigênio no corpo), a ideia de uma entidade específica de base biológica ganhou maior aceitação (BAKER, 1989).

Em 1989, Klein publicou vários artigos na tentativa de integrar todas as evidências experimentais e farmacológicas disponíveis numa teoria unificada do pânico. Ele sustentou que a síndrome do pânico seria produzida por uma hipersensibilidade de uma parte do sistema de alarme-sufocação cerebral ao dióxido de carbono e ao lactato.¹⁷¹ Além dessa causa, tal sistema de alarme dispararia caso uma pessoa se encontrasse em situações associáveis à sufocação (exemplo: ficar num espaço fechado, lotado de pessoas, ou respirar o chamado “ar estagnado”). Klein defendeu que a falta de ar, portanto, seria a característica mais importante do pânico. A falta de ar no pânico refletiria, sim, a causa biológica específica do transtorno: uma hipersensibilidade ao dióxido de carbono e ao lactato.

Pela primeira vez, os sintomas de falta de ar são colocados em primeiro plano. As palpitações, segundo Klein, não seriam centrais na síndrome do pânico, já que só seriam disparadas em situações onde houvesse medo provocado por um agressor externo. Ora, cabe a pergunta: por que dar destaque aos sintomas ligados à falta de ar? Tal mudança de enfoque - dos sintomas cardíacos para os de ordem respiratória - já havia sido feita pelo eminente cardiologista Thomas Lewis nos tempos da Primeira Guerra Mundial. Lewis alterou a denominação conhecida como “ação desordenada do coração” para “síndrome do esforço”. Estava no centro desta síndrome a “intolerância ao esforço”, e não mais, como antes se acreditava, o risco de lesão real no músculo cardíaco ou palpitações.

Como vimos¹⁷², com a mudança de nomenclatura e de enfoque, Lewis queria desviar a percepção dos soldados de seus próprios corações, proporcionando assim uma diminuição do medo de que pudessem desenvolver uma doença cardíaca orgânica. Desta forma, as chances de que voltassem ao *front* aumentariam consideravelmente. E os interesses de Klein? É razoável supor que a retirada dos sintomas de palpitação estivesse diretamente relacionada ao fato dele ter descoberto centros de “alarme de sufocação” cerebrais, já que tais centros seriam marcadores biológicos os quais lhe confeririam um *status* de entidade psicopatológica discreta. O fato é que os sintomas relacionados à respiração aparecem nas demais versões do DSM a partir de 1980. As palpitações tornam-se, a partir de então, adjacências, para que o modelo biológico cerebral encaixasse com a sintomatologia do medo. Particularmente notável é a quarta versão desse manual, onde *três* das *trinta e três* categorias de sintomas de pânico do

¹⁷¹ Para uma revisão da teoria do pânico de Klein, cf. Rachman (1998, p. 97).

¹⁷² Cf. subcapítulo 2.2.

DSM-IV (APA, 1994) são relacionadas à falta de ar: sensações de falta de ar ou sufocação, sentimentos de choque, dor ou desconforto no peito.

É digno de nota também um dos critérios de definição para o transtorno do pânico incluído no DSM-IV.¹⁷³ Para ser categorizada enquanto possuidora desta síndrome, uma pessoa deve apresentar “ataques recorrentes e não esperados”, desenvolvidos subitamente e em menos de dez minutos. O pânico vivenciado não pode estar relacionado a conteúdos psicológicos inconscientes ou mesmo a quaisquer tipos de cognição ou crença. Consta no DSM-III, no DSM-III-R e no DSM-IV que os ataques de pânico podem estar associados à agorafobia. Assim, determinadas situações como ir para fora de casa sozinho, andar em meio à multidão, entrar num trem, em ônibus ou metrô, etc., podem ser consideradas situações onde se predispõe ao pânico. Quando, de fato, tais experiências disparam os ataques de pânico, a classificação recomendada é “transtorno de pânico com agorafobia”.

É válido ainda dizer que, em todas as edições desde 1980 do referido manual psiquiátrico¹⁷⁴, o transtorno do pânico é diferenciado do transtorno de estresse pós-traumático. Com isso, insiste-se na natureza não disparada dos ataques de pânico. Por exemplo, casos onde uma memória dispare determinados sintomas fisiológicos característicos do quadro ansioso – como, por exemplo, palpitações - não devem ser categorizados como transtorno de pânico. Tal entidade deve ser classificada simplesmente como transtorno de estresse pós-traumático. É assim que o pânico distingui-se de outras categorias do espectro ansioso, devido à sua natureza “não disparada”. Difere da fobia social, da agorafobia ou do estresse-pós-traumático. No pânico, não há menção à causalidade externa. Ele é o *resultado* de um evento bioquímico, de uma hipersensibilidade cerebral “vinda do nada”.

3.4 Controvérsias na criação da categoria de “*panic disorder*”

Aproximadamente sessenta pesquisadores e administradores se reuniram em 1983 num congresso promovido pelo *National Institute of Mental Health*. Segundo Hinton e Good (2009), a platéia presente ao *Sterling Forest Conference Center*, em Nova Iorque, estava

¹⁷³ Como também no DSM-III-R.

¹⁷⁴ O grupo de trabalho do DSM-V sobre transtornos do pânico vem se encontrando, mas sem qualquer indicação de mudança significativa em tais critérios mencionados.

interessada em discutir os últimos achados no campo da pesquisa clínica e biológica sobre ansiedade. Nos bastidores, no intervalo das palestras, as conversas revelavam certa euforia a respeito do novo conhecimento, então em franco crescimento.

Em suas exposições, os conferencistas concentravam-se nas emergentes neurociências e nos últimos achados no campo da psicofarmacologia. Nos corredores, notava-se o burburinho a respeito de alguns poucos psicanalistas que, quase que como intrusos, persistiam em frequentar o local. Com base nas exposições de Sterling, foi publicado um livro denominado *Anxiety and the Anxiety Disorders*¹⁷⁵, onde se encontram as ideias centrais do assunto no início dos anos 1980. Nos capítulos, examinam-se as bases biológicas e as pesquisas psicológicas sobre ansiedade. Trazem artigos sobre a neurobiologia da ansiedade e do medo, sobre processos cognitivos e psicofisiologia, e apresentam modelos animais para a pesquisa sobre medo e ansiedade baseados na teoria clássica do aprendizado.

A década apenas começava, mas prometia. Os promotores da conferência previam o *boom* da psiquiatria biológica prestes a ocorrer ao longo daquela década. No mesmo ano em que a conferência é realizada, lança-se um *best-seller*, “*The Anxiety Disease*”, escrito pelo eminente psiquiatra norte-americano David Sheehan.

O livro – cujas vendas atingem mais de meio milhão de cópias e é traduzido para vários idiomas - trata da história de Maria, uma mulher de 24 anos de idade que sofre de ataques de pânico. O enredo inicia-se com Adam (namorado de Maria) que se depara com um artigo numa revista científica: “*Panic Attacks Can Kill.*” O rapaz, então, vai à biblioteca mais próxima, procura o computador com as bases de dados e revisa as pesquisas científicas mais recentes sobre o pânico. Adam, que está bem informado a partir de agora, leva sua namorada Maria ao médico. Este pode, finalmente, compreender sua doença. Ela aprende sobre as bases bioquímicas do pânico e encontra o verdadeiro herói da história: Xanax. A “jornada à liberdade” de Maria é organizada num plano de quatro passos até alcançar a sua cura.

O primeiro passo, diz o médico de Maria, seria o remédio, chamado alprazolam e cujo nome de venda seria “Xanax”. Este seria, segundo o médico, o mais rápido e efetivo, e menos tóxico: “Parece ser o mais seguro de usar, o mais fácil para o médico prescrever, regular e monitorar.” (SHEEHAN, 1983). É preciso saber que o autor do *best-seller*, David Sheehan, tinha uma história íntima com o conglomerado Upjohn, então fabricante do alprazolam. Segundo Orr (2007), em 1981, Sheehan já conduzia ao lado de James Coleman (pertencente

¹⁷⁵ Cf. Tuma e Maser (1985).

aos quadros da Upjohn), o primeiro estudo nos EUA sobre o tratamento farmacológico do pânico à base de Xanax.

No período entre 1982 e 1987, é realizado um estudo que assume um papel central na disseminação maciça do discurso biologicista sobre o pânico no imaginário social: o *Cross-National Collaborative Panic Study*. Tal estudo é financiado pela mesma Upjohn na qual David Sheehan trabalhava. Duas mil pessoas, em quatorze países, foram entrevistadas com o objetivo de testar a segurança e a eficácia do Xanax no tratamento da síndrome do pânico e estabelecê-la como doença universal, diferenciando-a de outras categorias médicas.¹⁷⁶

Em março de 1986, em Boston, Isaac Marks e Robert Spitzer – ambos ligados à Upjohn - participam de uma conferência sobre o dito transtorno. Na abertura da conferência, Isaac Marks (que era o chefe-executivo da Upjohn) vai direto ao ponto: “Vejam, existem três razões pelas quais a Upjohn está aqui com interesse nesses diagnósticos. A primeira é dinheiro. A segunda é dinheiro. E a terceira é dinheiro”.¹⁷⁷ O psiquiatra não nos deixa dúvidas sobre a intenção de seu projeto: firmar o quanto antes a “especificidade” e, se possível, os componentes universais da “doença do pânico” para vender remédios. Como Good e Hinton (2009) salientam, a construção da ideia do pânico como uma síndrome universal correspondia a uma estratégia. Além do interesse financeiro evidente da indústria farmacêutica, o pânico poderia servir, ao mesmo tempo, como modelo explicativo ideal, supostamente passível de ser descrito em termos biológicos. Enfim, com o pânico havia a possibilidade de, finalmente, oferecer-se uma abordagem com força suficiente para desbancar ou se contrapor às abordagens psicodinâmicas.

Um dos supervisores do estudo transnacional foi o psiquiatra norte-americano James Ballenger. Para este, existiriam fortes evidências da existência uniforme e universal do transtorno. Ele afirma: “Para mim, ouvir pessoas na América do Sul e na Escandinávia, e depois em Michigan, e depois na Inglaterra, e na Itália – e todos descreveram exatamente a mesma coisa (...). Todos tinham a mesma coisa. Esse foi um enorme avanço”.¹⁷⁸ O estudo da Upjohn é celebrado como um modelo de colaboração possível entre a indústria farmacêutica, o governo americano (*National Institute of Mental Health*) e a chamada academia. “No futuro” – afirma Gerald Klerman em conferência internacional financiada pela Upjohn - “a

¹⁷⁶Cf. Klerman, 1988; Klerman *et al*, 1986; Ballenger *et al*. 1988; Noyes *et al*. 1988.

¹⁷⁷ Isaac Marks em entrevista concedida a Christopher Lane em 1º de novembro de 2005. Para conferir, veja Lane (2007, p. 74, tradução nossa).

¹⁷⁸ James Ballenger em entrevista concedida à Jackie Orr em 22 de abril de 1996. Cf. Orr (2006).

sobreposição entre as responsabilidades do governo, da academia e da indústria de remédios tende a crescer.” (KLERMAN, 1990, p. 2, tradução nossa). Em 1982, o mesmo Klerman havia aceitado servir como consultor científico sênior da Upjohn para o estudo transcultural do pânico. Assim como Ballenger, ele também constata a dimensão universal do pânico. “O estudo demonstrou que o transtorno do pânico (...) é uma condição clínica que pode ser encontrada em quase todas as nações”. Continua: “se os procedimentos da pesquisa e de diagnóstico forem apropriados”. (KLERMAN et al., 1992, p. 470, tradução nossa).

A ideia de criar critérios diagnósticos válidos, precisos e confiáveis com fins de isolar a doença do pânico como uma entidade clínica discreta não era nova. Vários ensaios já haviam sido feitos anteriormente, mas com pouca repercussão no meio psiquiátrico e na sociedade como um todo. Encontramos, por exemplo, um artigo de 1972 intitulado “*Diagnostic criteria for use in psychiatric research*”, escrito por um grupo de psiquiatras que viria a ser conhecido, nos anos 1970, como o *St. Louis group*.¹⁷⁹ Este artigo se torna um dos mais influentes ao longo dos próximos anos no meio psiquiátrico, lançando o que ficou conhecido, em tal contexto, como os “critérios de Feighner”. O ponto central no artigo é a defesa de que as doenças mentais deveriam ser diagnosticadas a partir de critérios definidos. Feighner e seus colaboradores citam quatorze categorias, das quais se incluem homossexualidade, alcoolismo e, por último, mas não menos importante, a “Neurose de angústia”, descrita inicialmente por Freud.

O próprio Robert Spitzer, anos depois, em artigo de 1978, inclui os sintomas definidos por Freud, onde se destacam nervosidade crônica, ataques recorrentes de angústia, dificuldades para respirar, dores e desconforto no peito, sensações de choque e, finalmente, palpitações. Todos estes estão contidos na categoria síndrome do pânico.

Outra entidade clínica definida por Feighner é histeria. O seu critério específico foi uma lista de cinquenta e nove sintomas, os quais estavam agrupados em dez subgrupos. Aliás, pode-se encontrar outros autores psiquiatras querendo descrever critérios diagnósticos e menu de sintomas definidos para a histeria em 1967, quando, por exemplo Samuel Guze escreve “*The diagnosis of hysteria: what are we trying to do?*”. É razoável pensar que descrever a categoria médica de histeria de acordo com o novo formato psiquiátrico não foi casual. Tendo uma história milenar, a histeria poderia ser exemplar na tentativa de estabelecer a existência

¹⁷⁹ Para conferir o artigo citado, remeta-se a Feighner et al. (1972). Cf. um panorama histórico do grupo *St. Louis* em Healy (2002).

de uma doença psiquiátrica uniforme e cuja validade poderia ser confirmada empírica e “a-teoricamente”.

Voltando ainda a 1951, ao quadro epistêmico paradoxal apontado anteriormente, encontramos “*Observations on clinical aspects of hysteria*”, onde cinquenta mulheres diagnosticadas com histeria foram estudadas. Os autores concluem que a histeria apresentava um quadro clínico característico e poderia ser adequadamente identificada “seguindo os procedimentos padrões utilizados no campo geral da medicina diagnóstica”. (PURTELL, ROBINS e COHEN, 1951, p. 909, tradução nossa). Ainda, os autores continuam defendendo que “esse método [de diagnóstico] pode ser aplicado por qualquer médico sem o uso de técnicas especiais, análise de sonhos ou investigação prolongada de conflitos psicológicos”.¹⁸⁰ Na ausência de dados factuais (isto, é, lesão ou marcador biológico cerebral), eles concluem: questões relacionadas à causalidade da histeria deveriam ser sempre e somente conduzidas por “investigação científica, ao invés do uso de métodos não-científicos, tais como discussão pura, especulação (...) ou o uso de palavras indefinidas e pretensiosas, como ‘inconsciente’ (...) e ‘Complexo de Édipo’”.¹⁸¹

Nos anos 1980, a categoria de histeria não aparece. Por outro lado, ao invés dela, surge uma miríade de patologias que, enfim, poderiam ser classificadas objetivamente, todas explicadas nos termos dessa nova lógica apontada. A síndrome do pânico, junto com outras, toma o lugar da histeria, há séculos posta no centro de incontáveis debates no meio médico. Afinal, diferenciar sinais “psicológicos” de medo, dos sintomas “reais” de ordem cardiológica ou neuro-psiquiátrica não havia sido – há mais de um século - tarefa fácil para a Medicina. Com fins de se livrar de controvérsias, portanto, a estratégia seguida no estudo transnacional da Upjohn foi a aplicação de entrevistas estruturadas, desenvolvida por Robert Spitzer e demais membros da força-tarefa do DSM-III. Para monitorar e assegurar a implantação do protocolo de estudo, a Upjohn organiza equipes de qualidade, compostas por empregados e dois psiquiatras pesquisadores independentes, de forma que cada um seria responsável por visitar vinte lugares internacionais. Dentre os membros do *Quality Assurance Program* da Upjohn, destacam-se os mais eminentes psiquiatras norte-americanos, dentre os quais destacamos Robert Spitzer, Donald Klein, David Sheeham e James Ballenger, citados

¹⁸⁰ Ibid, p. 909, tradução nossa.

¹⁸¹ Purtell, Robins e Cohen, 1951, p. 909, tradução nossa.

anteriormente. Nas palavras deste último, “o estudo transcultural da Upjohn sobre o pânico é o empreendimento científico-comercial e o melhor esquema comercial nunca visto antes”.¹⁸²

Em 1987, o Xanax faz com que as vendas internacionais da Upjohn cresçam. Em 1988, é a terceira droga mais prescrita nos Estados Unidos. A soma das vendas do Xanax e do Halcion (utilizado para insônia) corresponde a quase metade do faturamento anual da Upjohn no início dos anos 1990. A própria Upjohn nota, referindo-se ao pânico, que o estudo transcultural “parece ter ajudado a definir um novo transtorno do sistema nervoso central” (UPJOHN, citado em ORR, 2006). No verão de 1987, a empresa submete seus dados da segunda fase do estudo transcultural à *Food and Drugs Administration (FDA)* e solicita que seja aprovada a licença para o uso do Xanax no tratamento do transtorno do pânico. Em 1990, o Xanax é aprovado, tornando-se a primeira droga a ganhar uma indicação da *FDA* para o tratamento do pânico.

3.5 O discurso biologicista do pânico e as implicações na formação de identidades sociais na atualidade

A criação de categorias médicas e de drogas farmacêuticas tem produzido, no mínimo desde os anos 1960, profundos efeitos no imaginário social. Os testes com drogas psicofarmacológicas ajudam progressivamente a dar visibilidade a um padrão particular de sintomas e também (na medida em que tais sintomas são aliviados ou desaparecem após a administração dos medicamentos) a criar evidências de que os remédios possuem efeitos confiáveis. Além disso, os testes ajudam a reforçar a noção de que tais síndromes, das quais os sintomas fazem parte, existem de fato, possuindo uma concretude própria a despeito da experiência dos indivíduos. Os próprios testes clínicos requisitados pelos órgãos de fiscalização de remédios, como os do *FDA* citados acima, fazem reverberar a ideia, amplificando-a, de que síndromes mentais específicas possuem relação direta com remédios específicos.

No processo atual de consolidação do medo enquanto síndrome do pânico, uma das forças que se destaca é a criação do DSM-III, com o seu intuito de se tornar uma linguagem

¹⁸² Orr (2006), p. 253, tradução nossa.

global para as doenças mentais. Certamente, a criação deste manual somou-se à da psiquiatria norte-americana no cenário médico cosmopolita contemporâneo e aos interesses da Upjohn em expandir os seus mercados para a venda de remédios. Em relação ao processo apontado, David Healy (1997, p. 148, tradução nossa) escreve: “Ao elaborar os estudos transnacionais sobre alprazolam, Klerman e outros estavam tanto interessados em ver de que forma o novo DSM e os conceitos americanos, como o de síndrome do pânico, se internacionalizavam, quanto em entender como as drogas agiam”. Healy, em outro trabalho¹⁸³, afirma ainda que no meio da década de 1980 poucos psiquiatras negariam o papel que as companhias de remédios assumiram na promoção do pânico enquanto doença mental distinta e como problema importante de saúde pública.

Pode-se dizer assim que quanto mais drogas psicofarmacológicas são percebidas – tanto pelos psiquiatras quanto pelo público leigo – como balas “mágicas” para transtornos mentais, maior o incentivo para as companhias de remédios ajudarem na criação da percepção de transtornos mentais enquanto “alvos” com os quais tais “balas” poderão interagir. As companhias farmacêuticas entram nos negócios menos enquanto fabricantes de remédios e mais como produtoras de “percepções de doença”. As fronteiras entre fazer ciência e a venda de produtos ficam, enfim, profundamente confusas.¹⁸⁴

A criação de categorias médicas também tem, muitas vezes, a função de manejar questões que possuem a sua matriz na ordem coletiva. Não é casual que, ao longo da história, tenha existido tanta literatura médica visando relacionar as diversas síndromes nervosas ou ansiosas às suas origens sociais. Vimos isso em Beard (1869) e em Richardson (1876), no último quartel do século dezenove, e podemos encontrar tais ideias hoje em autores como Furedi (2006) e Tone (2009). O que está em jogo nessas obras é a mesma noção: atribuição ao social a causa das doenças nervosas da “atualidade”.

As relações entre entidades nosológicas e sociedade podem ser entendidas a partir da perspectiva de Martin (2009), em que as diversas categorias psicopatológicas são utilizadas na descrição de processos de ordem sociológica, política e econômico-mercantil. Destacando o *transtorno bipolar*, a antropóloga dá o exemplo da economia capitalista atual, que vem sofrendo de sintomas de bipolaridade, isto é, oscilando entre períodos eufóricos de mania e

¹⁸³ Healy (1996).

¹⁸⁴ Para mais detalhes, cf. as relações entre a Upjohn e a categoria de síndrome do pânico em Healy (1997). Neste trabalho, o autor desenvolve, através da noção de “complexo médico-farmacêutico”, a ideia de que não existe uma indústria farmacêutica e um setor acadêmico independente.

crises depressivas. É assim que as economias podem estar doentes e, portanto, passíveis de serem curadas. Nikolas Rose (2007), também a este respeito, escreve:

Muitas das teorias sociais emergentes no fim do século XIX e ao longo do século XX – de Durkheim a Parsons – entenderam as próprias sociedades em termos médicos, como sistemas orgânicos cujas instituições e processos assumiam funções vitais para a saúde do todo. Ainda hoje, as economias estão doentes e podem ser curadas, a Inglaterra era o “homem doente da Europa”, o racismo infecta o corpo político etc. (ROSE, 2007, p. 701, tradução nossa)

Com o pânico não é diferente. Então, quais seriam suas relações com a sociedade? De que forma podemos utilizar o “pânico” enquanto metáfora para entender processos de ordem social? Ou, de outra forma, como poderíamos entender o pânico individual como uma das consequências dos atuais acontecimentos da sociedade contemporânea? É sabido que as sociedades contemporâneas padecem do medo, da insegurança e do terror social (BAUMAN, 2005, 2004; TUAN, 2006). Mas de que forma estes fatores podem ser entendidos em sua relação com o *pathos* individual? Costa (2003) nos diz que a violência da vida moderna é o “fermento da inquietação cotidiana”. Então, seria razoável pensar que, hoje, existe uma propensão ao desenvolvimento de patologias ligadas ao medo? Se sim, pode-se dizer que, enquanto grande parte da literatura médica sobre o medo do fim do século XIX e início do XX surge nos contextos de acidentes de trens ou de fábricas, ou no contexto de guerra, o medo, ou melhor, o pavor como quadro nosológico, se “disseminou” na sociedade contemporânea.

O pânico atual, se abordado sob uma perspectiva ética e política, se insere numa conjuntura muito singular, onde se instaurou uma crise no que se refere aos valores éticos e morais. Para o filósofo contemporâneo Slavoj Žižek, em seu texto “Tema o teu próximo como a ti mesmo”¹⁸⁵, trata-se de um “medo do Outro”, um temor na relação com o próximo, de forma que, nesta conjuntura política da “pós-modernidade”, há o surgimento de um ser humano apavorado com o contato social. Há uma profunda reticência à convivência, nas palavras do filósofo, “com a vizinhança”. Sendo assim, mais do que produto de uma determinada configuração neuroquímica, o distúrbio do pânico seria senão mais um reflexo de uma espécie de dissolução ética, política e moral que marcaria o tempo atual. E é pertinente à esta temática o que Jacques Derrida propõe, na tentativa de contrabalançar esse “medo atual”. Para Derrida, uma possível solução para esse problema seria o “direito da entrada do outro em

¹⁸⁵ Cf. Žižek (2008), *Fear thy neighbor as thyself!*, p. 40-73.

seu território”, isto é, ao invés de serem baseadas na inimizade e na desconfiança, as relações configuradas na constatada “guerra atual” teriam como pilar central o que ele chamou de “política da amizade”.¹⁸⁶

Enfatizando os aspectos sócio-culturais do trauma de acordo com uma visão crítica, Dwyer e Santikarma (2009) propõem que ele seria mais um processo social do que uma resposta humana universal a determinados eventos. Sendo assim, tal perspectiva assume que toda abordagem ao trauma deveria levar em conta de que forma ocorrem, em cada cultura, as experiências ou respostas a eventos não integrados facilmente na vida de uma sociedade. Enfatizar a inserção do trauma nas relações sociais, culturais e políticas, continuam os autores, não significa ignorar a importância da pesquisa científica sobre a dimensão biológica do medo e da dor e de suas relações com a memória do trauma. Ao invés disso, salientar que, a despeito das especificidades biológicas, o “trauma” vivenciado seria mais do que um mero estado biológico, visto que “qualquer experiência de sofrimento emerge, ganha força e significado no diálogo com um conjunto de discursos culturais, éticos e políticos, os quais direcionam o que ele [o sofrimento] significa ao sofrente e quais dores devem ser tratadas”.¹⁸⁷

Da mesma forma, Allan Young (1995) também chama atenção para o fato de que abordar o trauma sob uma perspectiva sócio-cultural ou antropológica não significa desprezar ou negar o que se tem descoberto em campos como os das neurociências. Na atualidade, ele sugere, conhece-se muito mais sobre as especificidades biológicas do trauma do que, por exemplo, se conhecia entre os anos 1914 e 1918.¹⁸⁸ Embora chame atenção para isto, não deixa de discordar de qualquer ideia que tente explicar o trauma com bases em explicações neuroreducionistas. Por outro lado, enfatiza que não basta dizer que as síndromes mentais são meramente uma questão de “construção social”. O ponto para o qual o autor chama atenção tem a ver com a forma como em cada contexto particular são criadas redes de significados, ou melhor, segundo sua própria expressão (retirada de Ludwig Fleck), é construída uma “harmonia das ilusões”, a partir da qual síndromes mentais são ao mesmo tempo socialmente construídas e reais enquanto vivenciadas pelas pessoas que delas padecem.

¹⁸⁶ Cf. Derrida (1993), p. 353.

¹⁸⁷ Dwyer e Santikarma (2009), p. 405, tradução nossa.

¹⁸⁸ Podemos citar, como exemplo, pesquisas recentes como as de Rau e Fanselow (2009) que apontam a importância de centros cerebrais como a amígdala, a substância cinzenta periaquedutal e o hipocampo na resposta de mamíferos ao estresse e nas suas relações com o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal. Ou mesmo podem-se citadas as evidências crescentes relativas às especificações da circuitaria cerebral envolvidas nas emoções de medo e de angústia. Cf. Davis e Lee (1998) e Davis e Shi (1999).

É fundamental aludir, neste ponto, à importância dos discursos científicos veiculados pelos meios de comunicação leigos na construção desta rede harmoniosa de ilusões. Em 2000, em meio a uma série de outras chamadas impactantes sobre as últimas descobertas da ciência, lemos na capa de uma conhecida revista de divulgação científica: “Medo, novas pesquisas mostram como ele funciona e de que modo você pode dominá-lo”.¹⁸⁹ Ao conferir a matéria, o leitor se depara com a história de Simone – então paciente do conhecido neurocientista António Damásio -, que sofre de um defeito no cérebro o qual a impossibilita de sentir medo. O cientista define: o medo é “uma emoção fabricada pelo cérebro” (BURGIERMAN, 2000, p. 60).

Por um momento, quando é citada a opinião de outro especialista, o tom da reportagem torna-se menos reducionista. O medo, neste caso, não seria mero produto do cérebro, pois poderia ser observado na “planta mimosa, que fecha quando alguém encosta, se retrai diante de um indício de perigo (...). Entre os bichos, até a primitiva lesma-do-mar, quando tocada, encolhe-se, acelera o coração e libera uma tinta para confundir os inimigos. Seu sistema nervoso rudimentar também é capaz de sentir medo”.¹⁹⁰ No fim, o medo acaba sendo não apenas “produzido”, mas também *sentido* pelo próprio sistema nervoso rudimentar da lesma.

A reportagem destinada ao grande público continua: “Seres mais complexos carregam no cérebro dois pequenos caroços (...) daí o nome amígdala”.¹⁹¹ Finaliza: “Pois é nas amígdalas que está o problema da imprudente Simone”.¹⁹² Mas há casos em que as amígdalas parecem estar hiper-sensíveis. “Um exemplo de erro de processamento das amígdalas é o estresse pós-traumático (...) Por exemplo, um soldado que lutou uma batalha no deserto e, num certo momento, viu uma bomba despedaçar seus companheiros.”¹⁹³ A matéria continua, citando outro caso onde o mal funcionamento das amígdalas pode redundar em doença:

Só que nossas amigas amígdalas às vezes erram. A Organização Mundial de Saúde calcula que pelo menos 15% dos seres humanos têm o problema oposto ao de Simone: medo demais. Estão incluídos aí desde fóbicos incapazes de entrar em avião ou de enfrentar uma barata até os pacientes que enfrentam a terrível síndrome do pânico (BURGIERMAN, 2000, p. 62).

¹⁸⁹ *Superinteressante*, p. 59-63, out. 2000.

¹⁹⁰ *Ibid.* p. 60.

¹⁹¹ *Ibid.* p. 60.

¹⁹² *Ibid.* p. 61.

¹⁹³ *Ibid.* p. 62.

O pânico, enfim, é definido enquanto defeito das amígdalas. As amígdalas, por estarem também ligadas aos nervos, à corrente sanguínea e aos órgãos, teriam não só a função de vigiar perigos externos, mas também de avisar quando algo vai mal com a saúde. Em relação ao pânico, ele define: “A síndrome do pânico é um defeito nesse mecanismo de gerenciamento interno (...) o sujeito começa a prestar atenção no ritmo de sua respiração ou nos batimentos do coração (...)”. Resume: “Isso gera ansiedade e, com ela, surgem os sintomas do medo: coração cada vez mais acelerado, respiração cada vez mais descontrolada, suor” (BURGIERMAN, 2000, p. 62). Uma psiquiatra brasileira, entrevistada também na matéria, aborda o assunto: “A primeira crise do pânico é tão ruim que acaba gravando ainda mais informações nas amígdalas. Por exemplo, se o sujeito tem um ataque no supermercado, as amígdalas registram que supermercados são lugares perigosos”. À frente, outro psiquiatra aconselha o que fazer nestes casos: “Resta a ele procurar um psiquiatra, que vai tratá-lo com antidepressivos”.¹⁹⁴

Não poderíamos deixar de fazer menção ao que é alertado nas últimas linhas do artigo. Após afirmar que a produção de remédios eficazes na eliminação do medo poderia proporcionar alívio para os que sofrem de pânico ou de estresse pós-traumático, questiona-se: “Estamos (...) prestes a vencer o medo. Mas será que isso é bom?”. Citando Damásio, prossegue com a questão: “Assusta a possibilidade de uma super-manipulação das emoções (...) Pode ser que as pessoas comecem a evitar todo e qualquer sentimento ruim, para escapar de seus inconvenientes”.¹⁹⁵

Parece-nos que o problema levantado é central na presente discussão, embora não tenha sido destaque a ele no artigo. Ora, seria casual o fato de que encontramos, dez anos depois, uma nova capa, também de uma importante revista de divulgação científica, dedicada ao assunto? Abaixo de um homem rodeado de tentáculos, lê-se em letras garrafais: “Uma cura para os seus medos”. Em seguida, sem muita ênfase: “Estamos mais próximos do dia em que existirá uma pílula capaz de apagar traumas ou memórias dolorosas. Mas será que isso é bom?”. Logo à frente, no índice, encontramos: “O fim de todos os medos: a ciência está cada

¹⁹⁴ Burgierman, 2000, p. 62.

¹⁹⁵ Ibid. p. 62.

vez mais perto de criar uma maneira eficaz para deletarmos experiências traumáticas. Mas será que vale a pena?”¹⁹⁶.

Este artigo nos chama atenção, à primeira leitura, por se colocar na esteira de uns tantos outros que seguem a corrente cerebralista do medo da era atual. Aliás, por seguir tal abordagem da mesma forma que o artigo anterior, isto é, com ênfase nas indicações de quais áreas do cérebro seriam responsáveis pela sensação de medo ou pela instalação das memórias traumáticas. Além disso, por colocar sem destaque que, na verdade, *não há* possibilidade de se apagar, através do uso de medicações, memórias “desagradáveis” ou de outros fatos específicos da vida. Também posto estrategicamente ao final do artigo (afinal, não provocaria o impacto desejado caso estivesse no começo) a explicação de um especialista, o neurocientista Iván Izquierdo, sobre a possibilidade de uma pílula “anti-trauma”:

O problema é que, até agora, não temos grandes ideias neste sentido. Betabloqueadores, como o propranolol, agem na consolidação da memória e funcionam apenas para fatos muito recentes. Como não dá para prever quando um trauma vai acontecer, seria preciso andar com o remédio no bolso, esperando alguma catástrofe (LOIOLA, 2010, p. 43).

Em seguida, o neurocientista aborda qual seria o tratamento indicado, em sua opinião: “O objetivo [do tratamento] é fazer com que, por meio das palavras, a pessoa conte o que aconteceu com ela e perceba que a situação traumática não é mais uma ameaça”.¹⁹⁷ É inegável que questões como as levantadas nos dois artigos acima citados, sobre a possibilidade de se tratar memórias desagradáveis, eliminar ansiedade, angústia, medo etc. surgem em um contexto onde há um tipo de lógica profundamente arraigada, a partir da qual todas essas sensações e ainda outros estados de espírito tornam-se objetos de intervenção médica.¹⁹⁸ Se antes o que se denominava como “pânico” incluía, obviamente, o pavor agudo, o terror intenso, o mal-estar profundo de soldados apavorados em pleno ambiente de guerra, a partir de então, passa a englobar uma série de outros modos de funcionamento humano, fazendo com que o número de pessoas passíveis de serem incluídas em tal categoria nosológica fosse

¹⁹⁶ Galileu, n. 228, jul. 2010.

¹⁹⁷ Ibid. p. 43.

¹⁹⁸ É preciso salientar que nos referimos no presente trabalho ao tipo de intervenção médica alopática por se tratar do modo dominante utilizado no contexto brasileiro, e, de um modo geral, nos contextos onde se difundiu de forma maciça o saber médico predominantemente norte-americano. Certamente, constata-se, hoje, que muitas práticas outrora ligadas à espiritualidade, como as chamadas medicinas orientais ou alternativas, são utilizadas no presente contexto ocidental a partir do mesmo tipo de lógica, isto é, a partir da lógica do “bem-estar”, do “*fitness*” e da consolidação da percepção de que se deve incidir medicamentosamente com fins de eliminação de quaisquer sintomas de mal-estar.

multiplicado muitas vezes. Não é à toa, portanto, que o medo, a taquicardia, a ansiedade, ou mesmo a experiência de desamparo e de fragilidade, enfim, todas aquelas sensações corporais ligadas à excitação corporal que não sejam a do alívio psíquico, da completude ou do bem-estar, tenham que estar associadas a representantes “deficitários” ao invés de serem considerados como experiências que fazem parte da condição humana.

A esta altura, acreditamos ser interessante analisar com mais proximidade, conforme vemos em Rose (2006), algumas questões referentes a tal processo de expansão do escopo médico, ou, como se referem inúmeros autores¹⁹⁹, de medicalização. O autor citado aponta cinco hipóteses possíveis na explicação do possível aumento deste processo: 1) existe mais transtorno mental na atualidade do que antes; 2) entendemos mais e melhor tais transtornos; 3) o aumento faz parte do que alguns sociólogos denominam “empreendedorismo moral”, em que existe uma espécie de ímpeto por parte dos psiquiatras em favor de uma crença fortemente enraizada e de uma causa que só eles podem identificar e modificar; 4) a culpa é da indústria farmacêutica ou - como prefere o autor - da *Big Pharma*, que rastreia mercados na busca do lucro máximo; 5) na atualidade, existe uma modulação dos “descontentes” numa forma de subjetivação psiquiátrica – estamos vivenciando uma “psiquiatrização” da própria condição humana.

Desde já, apontamos que cada uma destas hipóteses, a nosso ver, são válidas. Ainda nos cabe analisar, pormenorizadamente, algumas delas. Sendo assim, seguindo a primeira hipótese, encontram-se cientistas sociais como Furedi (2006) e Glassner (1999), os quais estão convencidos de uma forma ou de outra de que o crescimento dos diagnósticos psiquiátricos reflete o aumento “concreto” dos transtornos mentais. Apesar de existirem evidências que corroboram a hipótese da motivação social das doenças mentais, cujos fatores são a pobreza, a miséria, a exploração do trabalho, as condições sociais aversivas à vida, as experiências de trabalho estressantes, isto não nos permite chegar, necessariamente, ao entendimento de que as condições sociais contemporâneas são mais patogênicas do que as de outrora. Escritos médicos alertando sobre uma “era atual” propensa à nervosidade ou ao medo existem há séculos, tal como o excelente trabalho de Edward Shorter mostra. Em 1787, por exemplo, encontramos o médico alemão Joachim Heinrich Campe [1746-1818] se referindo ao seu tempo como a “época das doenças dos nervos”.²⁰⁰ Além disso, a questão “existe mais doença mental hoje do que antes?” se torna ainda mais complexa quando levamos em conta o

¹⁹⁹ Cf. Conrad (2007), trabalho já consagrado sobre o tema.

²⁰⁰ Cf. Shorter (1992), p. 213.

sentido arbitrário do que é normalidade e doença, que são, sempre, definidos cultural e historicamente.

Então, poderíamos culpar a “Indústria Farmacêutica”? A influência da indústria farmacêutica sobre a medicalização da ansiedade é poderosa. O poder que ela exerce na prática médica cotidiana dos psiquiatras também é importante, sendo considerado, “nos bastidores”, um consenso. Entretanto, seria bastante simplório ver os pacientes atuais ou potenciais como seres passivos, vítimas dos dispositivos de *marketing* da “*Big Pharma*” que inventa condições médicas e simplesmente manipula os indivíduos para que se identifiquem com elas. Na verdade, o processo é mais sutil. As companhias exploram a experiência de descontentamento dos indivíduos, ligando-a com as promessas oferecidas por suas drogas, e incorporam a experiência em narrativas que dão às drogas significado e valor. Existe o entrelaçamento de produtos, expectativas, ética e formas de vida, envolvidos no desenvolvimento e na disseminação das drogas psiquiátricas. Encantados com essas imagens e narrativas, eles modulam e estimulam os indivíduos a tomarem o seu próprio partido na medicalização dos problemas da vida (ROSE, 2006, p. 80).

Assim, devemos dar mais atenção à última hipótese apontada por Rose. Pode-se questionar, então, de que forma os modos de subjetivação atual contribuem para que os próprios pacientes requeiram, frente à comunidade médica, o próprio processo de medicalização. A nosso ver, este processo tem relação com o que Ian Hacking (1995a) propõe com a ideia de *tipos humanos*, a qual sugere que a criação de certas categorias estabelece um campo limitado de expressões subjetivas. Dito de outra forma, ele diz que quando um especialista (psiquiatra, psicólogo, perito etc.) olha e organiza um conceito qualquer, há o estabelecimento de um horizonte de possibilidades delimitado, através do qual os indivíduos gradualmente vão se encaixar e, de alguma maneira, interagir e corresponder a esta categoria. Esta ideia pode ser aplicada a categorias psiquiátricas do passado, como a histeria, na clínica de Charcot, ou mesmo quando a antropóloga Emily Martin diz “simular” ou “representar” o estereótipo do “bipolar” em uma entrevista psiquiátrica, citada em seu livro.²⁰¹

Na literatura recente, encontramos o livro de Jackie Orr que estudou o pânico numa perspectiva parecida com a de Emily Martin. A própria autora manteve um diário onde registrou seus ataques de pânico. Com o título de “*Panic Diaries*”, o livro fornece vários exemplos em que ela evidencia todo o aprendizado de sua parte no papel de doente diagnosticado com “*panic disorder*”. Ela mesma participa de uma pesquisa da Upjohn para

²⁰¹ Martin (2009).

testar os efeitos do alprazolam (Xanax) em comparação com imipramina (Tofranil) e um placebo. Ao chegar a sua primeira consulta, na sala 717, da *Psychosomatic Medicine Unit*, Orr relata o seu caso ao “Dr. M.”: como começaram os ataques de pânico, sua confusão e medo sobre possíveis problemas cardíacos; além de confessar a automedicação de vários meses (logo após os ataques começarem) relata exaustivamente o complexo de sintomas que a acometeram: insônia, tonteira e fraqueza.

De certa maneira, o diagnóstico possui a função de criar uma narrativa coerente. Na esfera individual, o diagnóstico “organiza” fatos que outrora não poderiam ser explicados pela natureza causal. Isto é evidente no caso do pânico, porque devido à sua explicação etiológica, baseada num substrato anatômico, especificamente cerebral, a pessoa se exime da responsabilidade de “investigar” o que está “por detrás” daqueles sintomas de medo. Um exemplo a ser citado desta “cerebralização” do medo ocorre nas chamadas comunidades virtuais do Orkut, rede social mundialmente acessada. Nesta rede, dezenas de comunidades compartilham o título de “Síndrome do Pânico” ou “Eu tenho síndrome do Pânico”. A maior delas reúne cerca de 13.125 participantes.²⁰² Embora não tenham sido realizadas análises sistemáticas sobre a orientação ideológica presente nestas comunidades, pode-se perceber imediatamente que não há qualquer discussão crítica que se contraponha à etiologia cerebral atribuída à doença. Sendo assim, as opiniões sobre o tratamento estão centradas, predominantemente, na recomendação feita pelos próprios usuários de medicações psiquiátricas, tal como benzodiazepínicos. Outro dado importante é que os principais sintomas descritos nessas comunidades se referem aos sintomas cardíacos²⁰³, muito embora seja válido destacar que não há qualquer menção sobre a possibilidade de um mal-funcionamento do coração; isto é, a impregnação de termos “neurocientíficos” no vocabulário leigo destas pessoas é maciça, de forma que tanto a associação de seus sintomas à ideia de transtornos cérebro-psiquiátricos quanto à adesão ao tratamento psicofarmacológico tornam-se imediatas.

Quando lemos os discursos dos acometidos pela “síndrome do pânico” na internet, ou ouvimos os discursos “prontos” chegarem aos consultórios, impõe-se a seguinte questão: por que a loucura, frequentemente, tem se tornado instrumento de construção de identidades? Por que é que se utiliza, ao longo da história, os discursos mentais para as formações do eu? Para

²⁰² Acesso em julho de 2010.

²⁰³ Embora existam indivíduos que se dirijam atualmente aos cardiologistas, é possível que haja uma quantidade cada vez maior de pessoas que não mais relacionem os sintomas clássicos do pânico ao coração, mas, ao invés disso, ao cérebro (hipótese do autor).

Rose (2007), é a própria força que a Medicina tem, há séculos, sobre os regimes éticos ocidentais, na descrição dos indivíduos sobre eles mesmos, em suas ideias sobre existência (vida e morte). A história da medicina está ligada de forma profunda à própria história dos modos de ser dos seres humanos. Desta forma, seu conhecimento está intrincado e molda o que é estabelecido bem e mal, correto e incorreto, os seus julgamentos em relação aos tipos de pessoas que querem ser e as vidas que elas querem conduzir.

Rosenberg (2002) também oferece intuições úteis a este respeito, quando sugere que diagnósticos médicos, embora sejam construídos socialmente, tornam-se reais a partir do momento em que são criados. Assim, entidades nosológicas são “realidades sociais, atores nas complexas negociações que configuram e re-configuram as vidas dos homens”.²⁰⁴ As entidades diagnósticas e as suas configurações no campo social (alterando decisões institucionais, estigma, determinando estratégias terapêuticas etc) servem, portanto, tanto como legitimadoras quanto como estruturadoras de padrões de práticas e do modo como os indivíduos desenvolverão os seus modos de sofrer. É desta maneira, enfim, que as classificações diagnósticas na atualidade, sobretudo as advindas da psiquiatria, exercem um grande peso no processo de formação de subjetividades. As análises de Shorter (1992) também nos ajudam a iluminar tal questão. Shorter enfatiza que são os discursos científicos e médicos vigentes de uma época, e as crenças disseminadas na cultura, que servem como legisladores mesmo da maneira como as síndromes ou patologias poderão ou não ser expressas numa determinada sociedade. Esta ideia não está distante da que Rosenberg (2006) propõe acerca das síndromes, cujas “fronteiras” ou delimitações não são rigorosamente delineadas pela ciência. Para tais categorias nosológicas, o autor propõe que sempre há o que ele denomina “somatização especulativa”. Isto também ocorre no caso do transtorno do pânico e do estresse pós-traumático, apesar do discurso científico reforçar a sua aparência de cientificidade.

²⁰⁴ Rosenberg, 2002, p. 250.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi investigar o modo como ocorreu, ao longo da história, a atenção médica sobre o medo. A ideia central surgiu do interesse em pesquisar de que maneira o discurso científico em geral, e o da medicina, em particular, são influenciados pela cultura e por outros vetores que atravessam os diversos campos que compõem as ciências do mental. Pareceu-nos que, no estudo do olhar médico sobre as diversas manifestações patológicas do medo, determinadas crenças sobre raça, classe e gênero, assim como fatores de natureza política e econômica, foram importantes – quando não determinantes - na produção do modo como ocorreu tal atenção. Além disso, na medida em que nossa motivação derivou-se do fato de que o pavor e as suas categorias psicopatológicas servem hoje como um importante modo de estruturação subjetiva, procurou-se evidenciar, enfim, não tanto como o medo se dissemina nas sociedades modernas mais do que em outros tempos. Ao invés disso, buscou-se delinear como cada conjunção sócio-cultural predispôs certo olhar ao pavor a partir do que foi escrito sobre aqueles que dele padeceram.

Durante os anos 1860, mostramos²⁰⁵ que a síndrome do coração irritável assumiu um estatuto próprio, sendo, portanto, distinta das diversas síndromes fóbicas desenvolvidas também por soldados posteriormente. Destacamos, por exemplo, as diferenças entre a síndrome do coração irritável e a do estresse pós-traumático. Mostramos, também, como as diversas categorias nosológicas criadas nas duas guerras mundiais assumiram significados bastante distintos daqueles observados na literatura médica produzida no contexto da Guerra Civil americana. Neste quadro, vimos surgir a figura do “*malingerer*”, objeto de reflexões médicas do último quartel do século XIX e tema de estudo encontrado em inúmeros textos médicos deste período em diante. Não é demais rememorar o fato de que tais tratados sobre o “fingir-se de doente” estavam imersos no paradigma médico da anatomia patológica, onde requeria-se à toda doença digna deste estatuto a presença de uma lesão detectável ou observável pelos métodos tecnológicos disponíveis naquele tempo. Como foi demonstrado, é neste âmbito que o estetoscópio configura-se como um dos fatores de possibilidade da percepção das palpitações dos soldados como um mal cardíaco, a “síndrome do coração irritável”.

²⁰⁵ Examinou-se isso no capítulo 1, “O coração em foco”.

A esta altura, parece-nos ainda cabível verificar que, na história das ideias médicas, a disputa entre concepções onde ora se privilegia o coração e outras onde o órgão sede da alma é o cérebro não remonta, na verdade, das últimas décadas. Já no século II, com Galeno de Pérgamo [129-217], segundo nos conta Canguilhem (1973), fundamenta-se a ideia de que a sede da alma seria o cérebro, e não o coração. Existiriam, portanto, desde essa época, pesquisas que objetivavam localizar no cérebro diversas faculdades e atributos do ser humano. É de certa forma que, na presente viagem, do coração de Jacob Mendez Da Costa às concepções cerebralistas atuais encontradas nos diversos manuais de psiquiatria convencional, tal discussão é remontada sobre a importância de ambos os órgãos. Não nos pareceria correto afirmar, contudo, que houve um caminho ausente de turbulências. Ao se deparar com o mar de teorias e práticas produzidas como consequência do surgimento das doenças ora aqui analisadas, o leitor verifica que se torna difícil – até mesmo impossível – visualizar uma linha ininterrupta entre as primeiras concepções e as últimas.

Desta forma, conforme se encontra no fim do primeiro capítulo²⁰⁶, desde Erichsen²⁰⁷ até chegar à recepção das ideias de Freud no contexto britânico da Primeira Guerra Mundial, o processo de “mentalização” do medo não foi contínuo. Aliás, vimos que a pluralidade estabeleceu-se, de certa forma, como regra no que concerne ao modo em que os soldados acometidos por “*shell-shock*” foram diagnosticados. Assim, pudemos verificar no segundo capítulo que não houve uma virada psicológica neste período, mas uma primeira aceitação por parte da classe médica - embora bastante heterogênea - da possibilidade de perceber os sintomas de mal-estar fóbico como doenças de causa psicológica. Além disso, flagraram-se nesta parte do trabalho os dois grandes grupos segundo os quais os acometidos por “palpitações” foram classificados, a saber, o grupo neuropsiquiátrico e o grupo da “nova cardiologia”. Em relação a este último, destacou-se a virada epistêmica ocorrida no campo da cardiologia, onde se privilegiou mais as funções fisiológicas do coração, ao invés das lesões encontradas neste órgão.

²⁰⁶ Abordamos este assunto no sub-capítulo 1.6, “Pós-1865: uma trama na nosologia”.

²⁰⁷ Talvez seja importante destacar, ainda, que as pesquisas de Charcot, as quais já haviam sido influenciadas por trabalhos anteriores, como os de Page e de Erichsen, formaram um campo de conhecimentos propício ao desenvolvimento dos trabalhos tanto de Freud como de Janet, nos anos 1890. É neste sentido que consideramos ambos como beneficiados diretamente desse corpo teórico. Os primeiros estudos sobre o trauma estão, portanto, na gênese da psicologia e da psiquiatria moderna, pois uma quantidade grande de autores já nos anos 1870 se engajaram no tema do trauma psíquico.

Antes da atual era, onde se constatou a hegemonia do entendimento do medo enquanto mal cerebral²⁰⁸, passamos por um período também de relativa hegemonia epistêmica, qual seja, o período abarcado aqui entre o ano de 1939 e o fim da década de 1960. É neste hiato - entre a maciça heterogeneidade epistêmica constatada na década de 1910, e a também maciça, mas homogênea, produção teórica cérebro-psiquiátrica dos anos 1980 em diante - que pudemos verificar grande produção acadêmica cujo tom de análises foi psicanalítico. Foi neste contexto que verificamos, principalmente durante os primeiros anos pós-Guerra, uma certa abertura por parte de diversos autores do campo psiquiátrico-psicanalítico ao conhecimento de outros campos do saber, tais como o da biologia complexa de Bertalanffy, e os da psicologia social e de grupo. O holismo se configurou, enfim, como uma posição epistemológica possível para muitos psiquiatras no que concerne ao tratamento dos acometidos de pavor, entre a década de 1940 e 1970.²⁰⁹

Constante neste trabalho foi o tópico das relações específicas entre Guerra e Medicina, tópico este que, segundo Cooter (1993) teria sido bem pouco analisado²¹⁰ até então na história das ideias médicas. O autor chama atenção para o fato de que, por séculos, o desenvolvimento médico e o das organizações militares envolvidas em conflitos de guerra desenvolveram-se paralelamente, muito embora em processos de descontinuidade. Tal fato pode ser exemplificado por aquilo que Charles Rosenberg comenta sobre as reformas hospitalares ocorridas durante a Guerra Civil americana. Teria sido promovido, neste período, uma grande e sem precedentes reforma nos hospitais americanos, considerada como “um triunfo da racionalidade científica”. Em relação a este triunfo, o historiador assinala: “aquilo que pode ser feito efetivamente durante a guerra (...) pode, certamente, ser feito mesmo mais eficazmente em tempos de paz” (ROSENBERG, 1987, p. 99, tradução nossa).

Embora o autor se refira nesta passagem a uma transformação médica específica catalisada pela guerra, a intuição de Rosenberg é bastante útil para entender outro processo: o fato de que a invenção das categorias nosológicas do medo em períodos de guerra não limitou o uso destas ao seu contexto restrito de origem. Ao invés disso, tais categorias se disseminaram, alcançando a sociedade mesmo após o término dos conflitos. Assim, tornou-se patente ao longo deste trabalho que, da mesma forma que se observa alguns desenvolvimentos

²⁰⁸ Todo o capítulo 3 trata da “cerebralização do medo”, capítulo 3, “O foco no cérebro”.

²⁰⁹ Tal exame foi realizado no sub-capítulo 2.10, “O paradoxo epistêmico do pós-guerra”.

²¹⁰ O autor chama atenção para o fato de que, embora a crença de que as guerras sempre promoveram avanço científico, não se tem analisado sistematicamente quais são os efeitos precisos que as mudanças evocadas pela guerra causam na medicina.

tecnológicos produzidos em períodos de guerra, ocorre também com o conhecimento produzido acerca das experiências de temor dos soldados, transformadas em categorias nosológicas pela comunidade médica.

Notavelmente, vê-se ocorrer tal processo no impacto que a criação da categoria de “transtorno de estresse pós-traumático”, em 1980, produziu no imaginário social contemporâneo. Com a criação do DSM-III, conseguiu-se (afastando-se da abordagem psicanalítica predominante na Segunda Guerra) criar um modelo biológico, “científico”, “objetivo”, “neutro”, sobre as patologias apresentadas pelos veteranos que haviam combatido no Vietnã. Estes médicos do início dos anos 1980 conseguiram substituir o que eles viam como um “caos de teorias”, presentes na psiquiatria, em um tipo uniforme e constante de medicina, a qual, uma vez baseada em concordâncias gerais, cientificamente replicáveis e, principalmente, num menu de sintomas, que pudesse se tornar uma nosologia geral útil ao psiquiatra tanto no Brasil, nos Estados Unidos, ou na China. Obviamente, tal “organização” encaixou-se, não por acaso, com os interesses das companhias de remédio e de seguros.

Foi assim que, justamente pelo dito transtorno ter sido abordado como uma síndrome única, comum, onde havia um modelo do modo como as vítimas respondiam ao trauma, tornou-se possível aderirem à esta categoria todos aqueles que haviam sofrido outras formas de trauma, tais como vítimas de estupro, de abuso infantil, de acidentes automobilísticos, de tortura etc, criando-se, enfim, aquilo que Hacking (1995b) chamou de “cultura do trauma”. É válido notar que em tal cultura não há mais tanto questionamento: “existiu trauma?” ou “está fingindo?”. Se, por um lado, há maciça adesão à categoria – por parte dos próprios pacientes – existe também, sem controvérsias, grande aceitação – médica - de que estes de fato foram traumatizados. Neste sentido, Young (1995) afirma que a cultura epistêmica atual tornou-se mais humana se comparada, por exemplo, com a do início do século XX, quando então havia exagerada desconfiança quanto à real existência da patologia. Deve-se ressaltar também que, se antes havia uma pluralidade de ideias e ricas discussões sobre o assunto, não haveria agora mais dúvida sobre o que, de fato, todos estes teriam na base de suas doenças. Passaríamos a entendê-las, hegemonicamente, em termos cerebrais. Talvez seja por isso que, segundo o mesmo autor, tal cultura médica atual tenha se tornado também menos sábia.

Constata-se processo semelhante na atualidade com o dito transtorno do pânico. Aliás, deve ser enfatizado que tanto em contexto de guerra quanto da vida civil, tanto na literatura médica da cardiologia norte-americana da Guerra Civil quanto nas metrópoles americanas e européias do último quartel do século XIX; tanto nos centros para neuróticos dos anos 1910 aos 1940, bem como os neuróticos vivenciando o clima de Guerra Fria; tanto os veteranos do

Vietnã quanto aqueles que auto-intitulam-se “panicados” na contemporaneidade globalizada, estão sempre condicionados – em relação à forma de vivenciar os seus medos - pelas crenças, paradigmas ou estilos de pensamento circunscritos sócio-culturalmente.

Viu-se, enfim, as patologias do medo passarem por duas revoluções paradigmáticas. A cultura, somada ao desenvolvimento de tratamentos, de tecnologias, da elaboração de novas teorias e práticas, à descoberta de novas doenças, assume um papel crucial na modulação da atenção médica ao medo. Não se pode dizer, enfim, que uma natureza biológica última definirá o modo através do qual alguém irá sofrer de medo. Lições para hoje? Na verdade, sobram questões. De fato, a partir de toda história aqui construída e narrada, resta-nos pensar quais seriam as condições já formadas e em vias de se formar que propiciarão a emergência das próximas narrativas do medo.

Referências bibliográficas

ABRAHAMS, A. Soldiers's heart. *Lancet*, n.1, p. 442-445, 1917.

_____. Physiology of violent exercise in relation to the possibility of strain. *Lancet.*, n.1, p. 429-35, 1928.

ADAMI, G. Aetiology of diseases of the heart. *Lancet*, n. 2, p. 596, 1845.

AHRENFELDT, R. *Psychiatry in the British Army in the Second World War*. Nova Iorque: Columbia University Press, 1958.

ALBRECHT, K.. *Stress and the Manager*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

ALFORD, S. Defective nerve-power as a primary cause of disease, with its special relation to dipsomania. *British Medical Journal*, n.1, p. 591-93, 1881.

ALLBUTT, C. Medicine and the people: a review of some latter-day tracts. *British Medical Journal*, n. 2, p.763, 1919.

_____.The investigations of the significance of disorders and diseases of the heart in soldiers. *British Medical Journal*, v. 2, p. 139-41, 1917.

_____. The Lumleian lectures and medical research: "innocent murmurs", *Lancet*, n. 2, p. 172-73, 1917.

_____. Diseases of the arteries, including angina pectoris. Londres: Macmillan, 1915.

_____. The physician and the pathologist on heart failure. *British Medical Journal*, nº1, 653-862, 1912.

_____. On neurasthenia. In: ALLBUTT, C.; ROLLESTON, H. (Eds.). *A systems of medicine: diseases of the brain and mental disease*. Londres: Macmillan, 1910. Vol. 8, p. 727-91.

_____. Functional disorders of the heart. In: ALLBUTT, C.; ROLLESTON, H. (Eds.). *A system of medicine: Diseases of the heart and blood-vessels*. Londres: Macmillan, 1910. Vol. 6, p. 493-546.

_____. Over-stress of the heart. In: ALLBUTT, C.; ROLLESTON, H. (Eds.). *A system of medicine: Diseases of the heart and blood-vessels*. Londres: Macmillan, 1909. Vol. 6, p. 193-252. Londres: Macmillan.

_____. Nervous diseases and modern life. *Contemporary Review*, v. 67, p. 210-231, 1895.

_____. On brain forcing. v. 1, n. 1, p. 60-78, 1878.

_____. Overstrain of the heart and aorta. *Medical Times and Gazette*, v.1, p. 291, 1873.

_____. The effect of overwork and strain on the heart and great blood-vessels. *St. George's Hospital Reports*, n. 5, p. 23-53, 1872. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=9LO9cHCPMasC&pg=PA23&dq=The+Effects+of+O+verwork+and+Strain+on+the+Heart+and+Great+Bloodvessels.&hl=pt-BR&ei=yXuSTLXxAYKC8gbykbG7BQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC4Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false> Acesso em 20 mar. 2010.

_____. On the hypodermic use of morphia in diseases of the heart and great vessels. *Retrospect of Practical Medicine and Surgery*, n. 61, p. 61-63, 1870.

_____. The progress of the art of medicine. *Lancet*, n. 2, p. 37-39, 1870.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-I]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-II]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-III]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-III-R]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-IV]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

ANDERSON, H.B. Strain as a factor in cardio-aortic lesions. *British Medical Journal*, n. 2, p. 840-45, 1905.

ANDRAESEN, N. Post-traumatic stress disorder. In: KAPLAN, H.; FREEDMAN, A.; SADOCK, B. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980, p. 1517-1525.

ARMSTRONG, D. Madness and Coping. *Sociology of Health and Illness*, v. 2, n. 2, p. 296, nov.1980.

ARMSTRONG-JONES, R. The Psychology of Fear and the Effects of Panic Fear in War Time. *Journal of Mental Science*, p. 63, p. 346-389, 1917.

ARNEY, W.; BERGEN, B. *Medicine and Management of living: taming the last great beast*. Chicago: University of Chicago Press, 1984.

ASH, E.L. The combined psycho-electrical treatment of neurasthenia and allied neuroses. *Practitioner*, v. 91, p. 123-131.

BABBINGTON, A. *Shell shock: a history of the changing attitudes to war neurosis*. Londres: Leo Cooper, 1997.

BABINSKY, J.; FROMENT, J. *Hysteria, or phtiatism, and reflex nervous disorders in the neurology of war*. Londres: University of London Press, 1918.

BAKER, R. Introduction: where does “panic disorder” come from? In: BAKER, E. (Ed.). *Panic disorder Theory. Research and Therapy*. Nova Iorque: Wiley, 1989, p. 1-12.

BALLENGER, J. et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. *Archives of general psychiatry*. p. 413-422, 1988.

BARHAM, P. *Forgotten lunatics*. New Haven: Yale University Press, 2007.

BARLOW, D. H. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Nova Iorque: Guilford Press, 2002.

BARROS, J. A. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde públ.*, n. 17, p. 377-386, 1983.

BARSKY, A. J.; BORUS, J. F. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*, vol. 130, p. 910-921, 1999.

BARTEMEIER, L. H.; LAWRENCE, S.K.; MENNINGER, K. Combat exhaustion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 104, issue 5, p. 489-525, nov. 1946.

BARTHLOW, R. The various influences affecting the physical endurance, the Power of resisting disease, etc., of the men composing the volunteer armies of the United States. In: FLINT, A. (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* Nova Iorque: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission, 1867, p. 3-41.

BAUMAN, Z. The unwinnable war. Entrevista com Zygmunt Bauman. Disponível em: <http://www.opendemocracy.net/globalization-vision_reflections/modernity_3082.jsp>. Acesso em: 28 maio 2011, 2005.

_____. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica, 2004.

BEARD, G. *Neurasthenia and nervous exhaustion*. *Boston Medical and Surgical Journal*. v.3, p. 217-221, 1869.

_____. *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (neurasthenia)*. Its Symptoms, Nature, Sequences, and Treatment. Nova Iorque: W. Wood, 1880.

_____. *American Nervousness*. Its causes and consequences. Nova Iorque: GP Putnan Sons, 1881.

BERTALANFFY, L. An outline of general systems theory. *British Journal of the Philosophy of Science*, v. 1, p. 138-39, 1950.

BIANCHI, B. Psychiatrists, soldiers, and officers in Italy during the Great War. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, p. 222-252.

BIBLIOGRAPHIC RECORD. In: *The British and Foreign Medico-chirurgical Review*. Vol. XLVII. Londres: J & A. Churchill, 1870.

BIERER, J. Group psychotherapy. *British Medical Journal*, v. 1, p. 214-216, 1942.

BINNEVELD, H. *From shell shock to combat stress: a comparative history of military psychiatry*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1997.

BION, W. R. The war of nerves: civilian reaction, morale, and prophylaxis. In: MILLER, E. (Ed.). *The neuroses in war*. Londres: Macmillan. 1940, p. 180-210.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2007.

BISHOP, J. On the causes, pathology, and treatment of deformities in the human body. *Lancet*, n. 1, p. 122-25, 323-26, 1846.

BLADIN, P. F. “The epileptic constitution”: The psychoanalytic concept of epilepsy. *Journal of the History of the Neurosciences*, v. 9, p. 94–109, 2000.

BOGACZ, T. War neurosis and cultural change in England, 1914-22: the work of the War Office Committee of Enquiry into “Shell-Shock”. *Journal of Contemporary History*, v.. 24, n. 2, p. 236-251, 1989.

BOULANGER, G. Post-traumatic stress syndrome: an old problem with a new name. In: *The trauma of war: stress and recovery in Vietnam Veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985.

BOURKE, J. Suffering and the healing profession: the experience of military medicine in the first and second world wars. In: LARNER, M.; PETO, J.; MONEM, N. (Eds.). *War and medicine*. Londres: Black Dog, 2008, p. 108-125.

_____. *Fear. A cultural history*. California: Shoemaker and Hoard, 2005.

_____. *Dismembering the male: men’s bodies, Britain and the Great War*. Londres: Reaktion Books, 1996.

_____. Disciplining the emotions: fear, psychiatry and the Second World War. In: COOTER, R., HARRISON, M., STURDY, S. (Eds.). *War, medicine and modernity*. p. 225-238. Thrupp, Stroud: Sutton Publishing, 1998, p. 225-238.

_____. *An intimate history of killing, face to face killing in twentieth century warfare*. Londres: Granta Books, 1999.

BORUS, J. Incidence of maladjustment in Vietnam returnees. *Archives of General Psychiatry*, vol. 30, p. 554-557, 1974.

BOWDITCH, J. Diseases of the heart in consequence of violent exertion in running. *Boston Medical and Surgical Journal*. n. 59, p. 456, 1858.

BRACKEN, P., GEILLER, J., SUMMERFIELD, D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, n. 40, p. 1073-1082, 1995.

BRESLAU, N., DAVIS, G. Post-traumatic stress disorder: the stressor criterion. *Journal of Nervous and Mental Disease*. n. 175, pp 255-264, 1987.

BREWIN, C. P. Intrusive autobiographical memories in depression and post-traumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, n. 12, p. 359–370, 1998.

BRISSAUD, E. De l'anxiété paroxystique. *Semaine médicale*, v. 10, p. 410-411, 1890.

BROWN-SÉQUARD, C. E. Experimental researches applied to physiology and pathology. *The medical examiner and record of medical science (Philadelphia)*. New series, vol 8, p. 481, 1852.

BRUNNER, J. Identifications, suspicions, and the history of traumatic disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, n. 10, 179–184, 2002.

BRUNNER, J. Will, desire and experience: Etiology and ideology in the German and Austrian medical discourse on war neuroses, 1914–1922. *Transcultural Psychiatry*, n. 37, 295–320, 2001.

BRUNNER, J. Psychiatry, psychoanalysis, and politics during the First World War. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, n. 27, p. 352–365, 1991.

BRYANT, R. A.; HARVEY, A. G. Traumatic memories and pseudomemories in posttraumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 81–88, 1998.

BUCHANAN, A. On the force of the human heart. *Lancet*, n. 2, p. 665-66, 1870.

BUCKLEY, T. C. Is the Emotional Stroop paradigm sensitive to malingering? A between-groups study with professional actors and actual trauma survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 16, p. 59–66, 2003.

BUCH, G.; PASQUALE, N. "Great men of electrocardiography". In: *A History of Electrocardiography*. Chicago: Yearbook Medical Publishers. p. 56-95, 1964.

BURCHELL, H. 1987. A centennial note on Waller and the first human electrocardiogram. *American Journal of Cardiology*, v. 59, p. 979-983.

BURCHFIELD, S. The stress response: a new perspective. *Psychosomatic Medicine*. v. 41, n. 8, 1979.

_____. Stress: An integrative framework. In: _____. *Stress: Psychological and Physiological interactions*. Washington: Hemisphere Publishing, 1985.

BURGIERMAN, D. Medo: novos estudos mostram como o medo funciona no cérebro, ressaltam sua importância histórica para a espécie humana e apresentam os meios para controlá-lo. *Superinteressante*, São Paulo, p. 59-63, out. 2000.

BURNETT, J. The origins of the electrocardiograph as a clinical instrument. In: *The emergence of modern cardiology*. Londres: Wellcome Institute of the History of Medicine. Bynum, W.F., Lawrence, C., Nutton, V. Suplemento nº5, 1985, *Medical History*, p. 53-76.

BURNETT, W. *This is my best*. Nova Iorque: Dial Press, 1942.

BURNS, A. Observations on some of the most frequent and important diseases of the heart. *Edinburgh medical and surgical journal*, p. 5, 1809.

BURY, J. Remarks on the Pathology of War Neuroses. *Lancet*, n. 2, p. 97-99, 1918.

BUZZARD, T. On the cases of injury from railway accidents. *Lancet*, n. 1, vol. 23, p. 186, 1866.

BYNUM, W.F. *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

_____. The nervous patient in eighteenth and nineteenth century Britain: the psychiatric origins of British Neurology. In: BYNUM, W.F.; PORTER, R.; SHEPHERD, M. (eds). *The Anatomy of Madness: essays in the history of psychiatry*. Londres: Tavistock, 1985, Vol.1, p. 89-102.

CALDER, A. *The Myth of the Blitz*. Londres: Jonathan Cape, 1991.

CALHOUN, T. J. Nostalgia: a disease of field service. *Medical and Surgical reporter*, v. 11, p. 130-132, fev.1864.

CAMARGO JR. K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, n. 19, v. 4, p. 1163-1174, jul-ago, 2003.

CAMPBELL, F.; PELLI, D. A capillary electrometer. *Journal of Physiology*, v. 263, n. 1, p. 64-67, 1976.

CAMPS, W. *Railway accidents or collisions: their effects upon the nervous system*. Londres: H. K. Lewis, 1866.

CANGUILHEM, G. O papel da historiografia científica contemporânea. In: *Ideologia e racionalidade nas Ciências da Vida*. Edições 70, Lisboa, (coletânea originalmente publicada em 1977), s/d.

_____. O que é psicologia? *Tempo Brasileiro* n° 30/31. Rio de Janeiro, 1973.

_____. *O objeto da história das ciências*. In: *Tempo Brasileiro* n° 28. Rio de Janeiro, 1972.

CAPLAN, E. Trains and Trauma in the American Gilded Age. In: MICALÉ, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 57-78.

_____. Trains, brains, and sprains: railway spine and the origins of psychoneuroses, *Bulletin of history of Medicine*, v. 69, n. 3, p. 387-419, 1995.

CATHEBRAS, P. Neurasthenia, spasmophilie, and chronic fatigue syndromes in France. *Transcultural Psychiatry*, v. 31, p. 259-270, 1995.

CAUGHEY, J.L. Cardiovascular neurosis: a review. *Psychosomatic Medicine*, v.1, n. 2, p. 311-323, 1939.

CECI, S. J. False beliefs: Some developmental and clinical considerations. In: SCHACTER, D. L. (Ed.). *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995, p. 91-125.

CLANCY, S. A. et al. Memory distortion in people reporting abduction by aliens. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 111, p. 455-461, 2002.

CHAMBERS, W. Mental Wards with the British Expeditionary Force: A Review of Ten Months' Experience. *Journal of Mental Science*. v. 65, p. 152-80, 1919.

CHAUÍ, M. Sobre o medo. In: CARDOSO, S. (Org.). *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CHERTOK, L. Hysteria, hypnosis, psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v. 161, p. 367-378, 1975.

CLARK, A. Some observations concerning what is called neurasthenia. *Lancet*, n.1, p. 1, 1886.

CLARK, F. Some remarks on nervous exhaustion and on vasomotor action. *Journal of Anatomy and Physiology*, v. 18, p. 239-56, 1883.

CLARKE, E. H. Practical Medicine. In: CLARKE, E. et al. *A century of American Medicine, 1776-1876*. Nova Iorque: Burt Franklin, 1871, p. 3-72.

CLARKE, E.; JACYNA, L. S. *Nineteenth-century origins of neuroscientific concepts*. Califórnia: University of California Press, 1987.

COHN A. E. The cardiac phase of the war neuroses. *American Journal of Medical Science*, vol. 158, p. 453-470, 1919.

COLE, R.H. *Mental diseases: a text-book of psychiatry for medical students and practitioners*. Londres: University of London Press, 1919.

COLLIE, J. *Malingering and feigning sickness*. Londres: Edward Arnold, 1917.

COMBAT tips for Fifth Army infantry replacements. Italia, 1945

CONNOLY, J. Hysteria. In: FORBES, J.; TWEEDIE, A.; CONNOLY, J. (Eds.). *The Cyclopaedia of Practical Medicine*. Londres: Sherwood, 1833, Vol. 2, p. 557-585.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Maryland: Johns Hopkins University Press, 2007.

COOTER, R. Malingering in modernity: psychological scripts and adversarial encounters during the First World War. In: COOTER, R.; HARRISON, M.; STURDY, S. (Eds.). *War, medicine and modernity*, 1998, p. 133-135.

_____. War and modern medicine. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Londres: Routledge, 1993, Vol. 2, p. 1536-1573.

COOTER, R.; HARRISON, M.; STURDY, S. *Medicine and modern warfare*. Amsterdam: Rodopi, 1999.

CORVISART, J.N. *An essay on the organic diseases and lesions of the heart and great Vessels*, 1812.

_____. *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et dès gros vaisseaux*. Paris: Méquignon-Marvis, 1806.

COSTA D.L. Height, weight, wartime stress, and older age mortality: evidence from the Union Army records. *Explor. Econ. Hist.*, v. 30, p. 424-449, 1993.

COSTA, J. F. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

COTTON T, LEWIS T, THIELE FH. A note on the "irritable heart" of soldiers. *British Medical Journal*, v. 2, p. 722, 1915.

COX, C. Invisible wounds: The American Legion, shell-shocked veterans, and American society, 1919–1924. In: MICALE, M; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic pasts: History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, p. 280-305.

CRAIG, H.R.; WHITE, P. D. Etiology and symptoms of neurocirculatory asthenia. *Arch. Intern. Med.*, v. 53. p. 645-648, 1934.

CRICHTON-MILLER, H. 'General Conclusion'. In: MILLER, E. (ed.). *The Neuroses in War*. Londres: Macmillan, 1940, p. 201-210.

_____. Neuroses in War-time. *British Medical Journal*, v. 1 p. 169–70, 1939.

CROUTHAMEL, J. War neurosis versus savings psychosis: Working-class politics and psychological trauma in Weimar Germany. *Journal of Contemporary History*, v. 37, p. 163–182, 2002.

CULPIN, M. Psychological aspect of effort syndrome. *Lancet*, v. 2, p. 184, 1920.

DA COSTA, J. M. Observation on the diseases of the heart noticed among soldiers, particularly the organic diseases. In: FLINT, A. (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* Nova Iorque: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission, 1867, p. 360-383.

_____. On functional valvular disorders of the heart. *American Journal of the Medical Sciences*. v. LVII, p. 17-34, 1869.

_____. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder an its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, v. 61, p. 17-52, 1871.

_____. On strain and over-action of the heart. No. 279 in *Smithsonian Miscellaneous Collections*, v. 15; Washington, 1878. [Palestra conferida em 14 de maio de 1874.] p. 1-28, 1878.

_____. Cardiac Asthenia or Heart Exhaustion. *American Journal of the Medical Sciences*, vol. CVII, p. 361, 1894.

DANA, C. D. The traumatic neuroses: being a description of the chronic nervous disorders that follow injury and shock. In: HAMILTON, A. M.; GODKIN, L. (Eds.). *A system of legal medicine* eds. Nova Iorque: E. B. Treat. 1894, Vol. 2, p. 297-362.

DAVIS, M.; LEE, Y. Fear and anxiety: possible roles of the amygdale and bed nucleus of the stria terminalis. *Cognition and Emotion*, v. 12, p. 277-305, 1998.

DAVIS, M.; SHI, C. The extended amygdala: are the central nucleus o the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis differentially involved in fear versus anxiety? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999, Vol. 877, p. 281-291.

DEAN, E. *Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.

DEAN, E. “We will all be lost and destroyed”: post-traumatic stress disorder and the Civil War. *Civil War History*. v. 37, p.138-153, 1991.

DEARDEN, H. *Medicine and Duty*. Londres: Heinemann, 1928.

DELUMEAU, J. História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DENNY-BROWN, D. Shell-shock and effects and high explosives. In: HALLORAN, R., YAKOLEY, P. (Eds.). *Collected Lectures of the 7th Postgraduate in Neurology and*

Psychiatry, including a Review Course in military neuropsychiatry, oct. 3, 1941 – april 10, 1942. Waltham: Metropolitan State Hospital, 1942.

DERRIDA, J. Politics of Friendship. *American Imago*, v. 50, n. 3, p. 353-391, 1993.

DIBARDINO, D. J. History and development of cardiac transplantation. *Texas Heart Institute Journal*. v. 26, n. 3, p. 198-205, 1999.

DOWSE, T.S. *On brain and nerve exhaustion, "neurasthenia"*. Londres: Bailliere, Tindall & Cox, 1887.

DOLLARD, D. *Fear in Battle*. New Haven: Institute of Human Relations, Yale University, 1943.

DUBY, G. Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos. São Paulo: Unesp, 1999.

DUMIT, J. Illnesses you have fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine*, v. 62, p. 577–590, 2006.

DUNANT, S.; PORTER, R. *The age of anxiety*. Londres: Virago, 1997.

DUNBAR, H.F. *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1953*. Nova Iorque: Columbia University Press, 1954.

DUNSTER, E. The comparative mortality in armies from wounds and diseases. In: FLINT, A. (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* Nova Iorque: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission, 1867, p. 169-192.

DWYER, E. Psychiatry and race during World War II. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v 61, n°2, p. 117–143, 2006.

DWYER, L.; SANTIKARMA, D. Posttraumatic politics: violence, memory, and biomedical discourse in Bali. In: KIRMAYER, L.; LEMELSON, R. BARAD, M. (Eds.). *Understanding trauma: integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009, p. 403-432.

EARNEST, E. S. *Weir Mitchell. Novelist and physician*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press, 1950.

EDER, M. The psychopathology of the war neuroses. *Lancet*, v. 2, p. 264-268, 1916.

EDMONDS, J.E. *Military Operations. France and Belgium 1915*. Londres: MacMillan, 1937.

EGHIGIAN, G. A. The German welfare state as a discourse of trauma. In: MICALÉ, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 92-112.

EHRENBERG, A. "Le sujet cerebral". *Esprit*, v. 309, p. 130-155, 2004.

EISENBERG, L. The physician as interpreter. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 22.3, p. 241-245, 1981.

EISSLER, K. R. *Freud as an expert witness: The discussion of war neuroses between Freud and Wagner-Jauregg*. Madison, CT: International Universities Presses, 1986.

ELIAS, N. Civilización y violencia. *Reis*, 65, pp. 141-151, 1994.

_____. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 1985.

ELLIS, J. *The Sharp End of War: The fighting man in World War II*. Londres: Book Club Associates, 1980.

ELLIOTT, T. Transient Paraplegia from Shell Explosions. *British Medical Journal*, v. 2, p. 1005–1006, 1914.

ENGEL, C. Post-war syndromes: illustrating the impact of the social psyche on notions of risk, responsibility, and remedy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, n.32, p. 321-334, 2004.

ENGEL, G. Homeostasis, behavioral, adjustment and the concept of health and disease. In: GRINKER (Ed.). *Mid-century Psychiatry*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1953, p. 33-59.

ENGLISH, P. *Physiological Surgery and George Washington Crile: Medical innovation in the progressive era*. Westport and London: Greenwood, 1980.

ERICHSEN, J. E. *On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries of the nervous system*. Londres: Longmans Green, 1882.

_____. *On Concussion of the Spine, Nervous Shock, and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects*. Londres: Longmans Green, 1875.

_____. *On railway and other injuries of the nervous system*. Londres: Walton & Maberly, 1866.

ESCOBAR, J.; GUREJE, O. Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic. In: DIMSDALE, J. et al. (Eds.). *Somatic presentation of mental disorders: redefining the research agenda for DSM-V*. VA, Arlington: APA, 2009, p. 41-52.

EVANS, J. J. Organic Lesions from Shell Concussion. *British Medical Journal*, v. 2, p. 848, 1915.

EVERITT, B.; ISMAIL, K.; DAVID, A. S.; WESSELY, S. Searching for a Gulf War syndrome using cluster analysis. *Psychological Medicine*, v. 32, p. 1371–1378, 2002.

FAIRBAIRN, W. R. D. The war neuroses: their nature and significance. *British Medical Journal*, v. 1, p. 183-186, 1943.

FEIGHNER, J. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, v. 26, p. 57-63, 1972.

FEUDTNER, C. Mind the dead have ravished: shell shock, history and the ecology of disease-systems. *History of Science*, v. 31. p. 377-420, 1993.

FIGLEY, C. Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. *Military Medicine*, v. 143, p. 107-110, 1978.

FIGLIO, K. How does illness mediate social relations? Workman's compensation and medico-legal practices, 1890-1940. In: WRIGHT, P.; TREACHER, A. (Eds.). *The problem of medical knowledge*. Edimburgo: Edinburgh University press, 1982, p. 174-224.

FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FLEMING, R. Post Vietnam syndrome: neurosis or sociososis? *Psychiatry*, v. 48, p. 122-139, 1985.

FLINT, A. *A treatise on the principles and practice of medicine*, 3^a edição. Filadélfia: Henry C. Lea, 1868.

FONTANA, A; ROSENHECHT, R.; BRETT, E. War zone traumas and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 180, p. 748-755, 1992.

FORBES, J. Prefácio do tradutor. In: LAËNNEC, R. *A treatise on the diseases of the chest*. Londres: G. Underwood, 1821.

FORD, C. V. Somatization and fashionable diagnoses: Illness as a way of life. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, v. 23, supplement 3, p.7-16, 1997.

FORSTER, F. The management of neurasthenia, psychasthenia, shell-Shock, and allied conditions. *Practitioner*, v. 100, p. 85-90, 1918.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber*. Vozes, Petrópolis, 1977.

_____. *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes, São Paulo, 2000 (Curso no Collège de France no período de 1975-1976).

FOWLER, J. K. Auscultation of the heart of the recruit. *British Medical Journal*, v. 2, p. 744-745, 1915.

FRASCHINA, B. Revue critique du concept de spasmophilie. *Acta psychiatrica belgique*, n. 79, p. 391-403, 1979.

FRASER, F. Effort syndrome in the presentwar. *Edinburgh. Medical. Journal*, v. 47, p. 451, 1940.

FRENCH wounded from some early actions. *British Medical Journal*, v. 2. p. 853-854, 1914.

FREUD, S. Memorando sobre o tratamento elétrico dos neuróticos de guerra. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1920], Vol. 17, p. 265-274.

FUCHS, T. *The mechanization of the heart: Harvey and Descartes*. Rochester: University of Rochester Press, 2001.

FULLER, R. 'War veterans' post-traumatic stress disorder and the U.S. Congress. In: KELLEY, W. (Ed.). *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient*. Nova Iorque: Brunner, 1985, p. 3-11.

FUREDI, F. *Culture of fear revisited: risk-taking and the morality of low expectation*. Londres: Continuum, 2006.

FUSSEL, P. *Wartime*. Understanding and behavior in the Second World War. Nova Iorque: Oxford University Press, 1989.

_____. *The great war and modern memory*. Edição ilustrada. Nova Iorque: Oxford University Press, 2000.

GELDER, M.G. *Panic disorder: fact or fiction?* *Psychological Medicine*, v. 19, n. 2, p. 277-283, 1989.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, A.; BAUMAN, Z.; LUHMANN, N.; BECK, U. *Las consecuencias perversas de la modernidade: modernidade, contingencia y riesgo*. Barcelona: Anthropos, 1996.

GLASSNER, B. *The Culture of Fear: Why Americans Are Afraid of the Wrong Things*. Nova Iorque: Basic Books. Place of Publication, 1999.

GORDON, W. Murmurs in the recruit's heart. *British Medical Journal*, v. 1, p. 433-434, 1916.

GOSLING, F.G.; RAY, J. The right to be sick: American Physicians and nervous patients, 1885-1910. *Journal of Social History*, v. 20, n. 2, p. 251-267, 1986.

GREENE, J. *The Infantry Journal Reader*. Nova Iorque: Doubleday, 1943.

GREENFIELD, J. *Wilhelm Reich vs. the U.S.A. by Jerome Greenfield*. Nova Iorque: W. W. Norton, 1974.

GRINKER, R.; SPIEGEL, J. *Mid-century Psychiatry*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1953.

_____. *Men under Stress*. Filadélfia: Blakiston, 1945.

_____. Brief psychotherapy in war neuroses. *Psychosomatic Medicine*, v. 6, p. 123-131, 1944.

_____. *War neuroses in North Africa: the Tunisian campaign, January-May 1943*. Nova Iorque: Army Air Forces, 1943.

GUPTA, S; ISHARWAL, S. History of cardiac transplantation: tracings up to the first clinical homotransplantations. *Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. v. 21, n. 2, p. 182-192, 2005.

GUZE, S. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *American Journal of Psychiatry*, v. 124, n. 4, p. 421-431, 1967.

HACK TUKE, D. *A Dictionary of Psychological Medicine*. Vol. 1. Londres: J. & A. Churchill, 1892.

HACKETT, J. *I was a stranger*. Nova Iorque: Berkeley Books, 1990.

HACKING, I. *Historical Ontology*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.

_____. *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University of Press, 1999.

_____. *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville, VA: University of Virginia Press, 1998.

_____. The looping effect of human kinds. In: SPERBER, D.; PREMACK, D.; PREMACK, A.J. (Eds.). *Causal cognition: a multidisciplinary debate*. Oxford, UK: Cambridge University Press, 1995a, p. 351-383.

_____. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995b.

_____. A tradition of natural kinds. *Philosophical Studies*, v. 61, p. 109-126, 1991.

HALEY, R. W.; KURT, T. L.; HOM, J. Is there a Gulf War syndrome? Searching for syndromes by factor analysis of symptoms. *JAMA*, v. 277, p. 215-222, 1997.

HADFIELD, J. A. War neurosis: a year in a neuropathic hospital. *British Medical Journal*, v. 1, p. 281-285, 320-323, 1942.

HAGENGIMANA, A.; HINTON, D. 'Ihahamuka', a Rwandan Syndrome of response to the genocide: blocked flow, spirit assault, and shortness of breath. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 205-229.

HAMMOND, W. *A treatise on hygiene with special reference to the military service*. Filadélfia: Lippincott, 1863.

HARAWAY, D. The biological enterprise: sex, mind and profit from human engineering to sociobiology. *Radical History Review*, v. 20, p. 206-237, 1979.

HARGREAVES, G.R. Psychological Casualties in War. *British Medical Journal*, v. 2, p. 1161, 1939.

HARRINGTON, R. 'On the Tracks of Trauma: Railway Spine Reconsidered'. *Social History of Medicine*, vol. 16, n. 2, p. 209-23, 2003.

HARRINGTON, R. The railway accident: Trains, trauma, and technological crisis in nineteenth century Britain. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 31-56.

HARRIS, W. *Nerve Injuries and Shock*. Oxford: Oxford University Press, 1915.

HARRISON, M. War and medicine in the modern era. In: LARNER, M.; PETO, J.; MONEM, N. (Eds.). *War and medicine*. Londres: Black Dog, 2008, p. 10-17.

HART, L. *History of the First World War*. Londres: Book Club Associates, 1973.

HARTSHORNE, H. On heart disease in the army. *American Journal of Medical Sciences*, v. 48, p. 89-92, 1863.

HAY, J. 'Cardio-vascular disorders'. In: MACPHERSON, W.G.; HERRINGHAM, W. P.; ELLIOT, T. R; BALFOUR, A. (Eds.). *History of the Great War, Vol. 1: Medical Services. Diseases of war*. Londres: HMSO, 1923.

HEALY, D. *Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. Nova Iorque: New York University Press, 2004.

_____. *The creation of psychopharmacology*. Londres: Harvard University Press, 2002.

_____. *The anti-depressant era*. Londres: Harvard University Press, 1997.

_____. Psychopharmacology in the New Medical State. In: HEALY, D.; DOOGAN, D.P. (Eds.). *Psychotropic Drug Development: Social, Economic, and Pharmacological Aspects*. Londres: Chapman and Hall Medical, 1996.

HEGGIE, V. A century of cardiomythology: exercise and the heart c.1880-1980. *Social History of Medicine*, v. 23, n. 2, p. 280-298, 2009.

HENDIN, H.; HAAS, A. Posttraumatic stress disorders in veterans of early American wars. *Psychohist Rev.*, v. 12, p. 25-30, 1984.

HERRICK, J. *A short history of cardiology*. Springfield: Charles C. Thomas, 1962.

HERSCHBACH, L. M. *Fragmentation and reunion: medicine, memory and body in the American Civil War*. 1997. Tese de doutorado – Departamento de História, Universidade de Harvard, Harvard.

HERZBERG, D. *Happy Pills in America: From Miltown to Prozac*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

HEWETT, P. Reports of societies: Clinical Society of London. *British Medical Journal*, n. 637, p. 299-301, Mar. 1873.

HICKLING, E. J. et al. Detection of malingered MVA related posttraumatic stress disorder: An investigation of the ability to detect professional actors by experienced clinicians, psychological tests and psychophysiological assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice*, vol. 2, p. 33–54, 2002.

HINTON, D., GOOD, B. Panic disorder in cross-cultural and historical perspective. In: _____. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 1-30.

HINTON, D., HINTON, S. Twenty-century of panic in the United States: from cardiac vulnerability to catastrophic cognitions. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 113-134.

HINTON, D. CHONG, R. POLLACK, M., BARLOW, D. MCNALLY, R. Ataque de nervios: relationship to anxiety sensitivity and dissociation predisposition. *Depression and anxiety*, v. 25, p. 489-495, 2008.

HINTON, D. PICH, W. CHHEAN, D. POLLACK, M. H., BARLOW, D. Olfactory-triggered panic attacks among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic. *General Hospital Psychiatry*, v. 26, p. 390– 397, 2006.

HINTON, D. HINTON, S. UM, K., CHEA, A., SAK, S. The Khmer ‘Weak Heart’ Syndrome: Fear of Death from Palpitations. *Transcultural psychiatry*, v. 39, n. 3, p. 323-344, 2002.

HOBSBAWN, E. *A era das revoluções: Europa – 1789-1848*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

_____. *A era dos impérios: 1875-1914*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HODGES, R. M. So-called concussion of the spinal Cord, *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. 194, p. 361-362, 1881.

HODSON, J. *Before daybreak*. Londres: Victor Gollancz, 1941.

HOFMANN, B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theoretical medicine*, 22: 211–236, 2001.

HOLMES R.; TOMMY. *The British Soldier on the Western Front, 1914–1918*. Londres: Harper Perennial, 2005.

HORENSTEIN, M. Spasmophilie ou attaque de panique? *La presse médicale*, vol. 15, p. 1230-1236, 1986.

HOROWITZ, M. *Stress response reactions*. Nova Iorque: Basic Books, 1976.

HOWELL, J. Soldier’s heart: the redefinition of heart disease and specialty formation in early twentieth-century Great Britain. *Medical history*, supplement n. 5, p. 34-52, 1985.

_____. Early perceptions of the electrocardiogram: from arrhythmia to infarction. *Bulletin of the History of Medicine*, vol 58, p. 83-98, 1984.

HUME, W. A study of the cardiac disabilities of soldiers in France (V.D.H. and D.A.H.) *Lancet*, i, p.529-34, 1918.

HURST, A. *Medical Diseases of War*. 4th edn, Londres: Edward Arnold, 1944

HYAMS, K. C. Developing case definitions for symptom-based conditions: the problem of specificity, v. 148, p. 339-342, 1998.

HYAMS, K. C., WIGNALL, S., ROSWELL, R. War syndromes and their evaluations: from the US Civil War to the Persian Gulf War. *Ann Intern Med.*, v. 125, p. 398-405, 1996.

JACOBSON, E. Panic illness in Tibetan refugees. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 230-262.

JAMES, W. The moral equivalent of war. Disponível em: <http://www.constitution.org/wj/meow.htm>. Acesso em: 21 maio 2010.

JANIS, I. *Airway and emotional stress*. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1951.

JARCHO, S. Functional heart disease in the civil war (Da Costa 1871). *American Journal of Cardiology*, n°4, p. 809-17, 1959.

JOHNSON, W. Hysterical Tremor. *British Medical Journal*, vol. 2, p. 627–8, 1918.

JOHNSON, M. K.; RAYE, C. L. Cognitive and brain mechanisms of false memories and beliefs. In: SCHACTER, D.L.; SCARRY, E. (Eds.). *Memory, brain, and belief*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000, p. 35-86.

JONES, C. H. *Clinical observations on functional nervous disorders*. Philadelphia: Henry C. Lea, 1868.

_____. *Studies on functional nervous disorders*. London: Churchill, 1870.

JONES, E. *Free Associations*. Londres: Hogarth, 1959.

_____. War shock and Freud's Theory of the Neuroses. In: _____. *Papers on Psychoanalysis*. Londres: Ballière, Tyndall e Cox, 1923, Cap. 32, p. 577-94

_____. The pathology of morbidity anxiety. In: _____. *Papers on Psychoanalysis*. Nova Iorque: William Wood, 1913, Cap. 8, p. 154-181

JONES, E. et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: The genesis of a 20th-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, v. 182, p. 158–163, 2003.

JONES, E.; PALMER, I.; WESSELY, S. War pensions (1900–1945): Changing models of psychological understanding. *British Journal of Psychiatry*, v.180, p. 374–379, 2002.

JONES E.; WESSELY S. *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry From 1900 to the Gulf*. Hove, UK: Psychology Press, 2005.

JONES, E.; WOOLVEN, R.; DURODIÉ, B.; WESSELY, S. Civilian morale during the Second World War: responses to air raids re-examined. *Social History of Medicine*. v. 17, n. 3, p. 463-479, 2004.

JONES, M; MELLERSH, V. A comparison of the exercise response in anxiety states and normal controls. *Psychosomatic Medicine*, v. 8, p. 180-187, 1946.

JOHNSON, C. The influence of social science on psychiatry. In: GRINKER (Ed.). *Mid-century Psychiatry*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1953, p. 144-156.

JORDAN, T. F. Shock after Surgical Operation, *British Medical Journal*, v.1, p. 136, 1867.

JUSTIN-BESANÇON, L.; KLOTZ, H. Étude critique de la notion de spasmophilie chez l'adulte et le grand enfant. *La semaine hospitalière de Paris*, v. 65, p. 3173-3190, 1950.

KARDINER, A. *The traumatic neuroses of war*. Washington, DC: National Research Council, 1941.

_____. Traumatic neuroses of war. In: ARIETI, S. (ed.) *American handbook of psychiatry* Nova Iorque. Basic Books, 1959, p. 245-257.

KATSCHING, H. Anxiety Neurosis, Panic Disorder, or What? In: NUTT, D.; ALLENGER, J., LEPINE, J (Eds.). *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management, and Mechanisms*. Londres: Martin Dunitz, 1999, p. 1-23.

KATZ, L.; HELLERSTEIN, H. Electrocardiography. In: FISHMAN, A. RICHARDS, D. (Eds.). *Circulation of the Blood: Men and Ideas*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1964 p. 265-351.

KAUFMANN, D. Science as cultural practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany. *Journal of Contemporary History*, v. 34, p. 125-144, 1999

KAUFMAN, R. Psychoanalysis in mid-century. In: GRINKER (Ed.). *Mid-century Psychiatry*. SPRINGFIELD: Charles C. Thomas Publisher, 1953, p. 122-132.

KILLEN, A. From shock to *Schreck*: Psychiatrists, telephone operators and traumatic neurosis in Germany, 1900-26. *Journal of Contemporary History*, v. 38, p. 201-220, 2003.

KIRMAYER, L. Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. v. 43, n. 1, p. 126-144, 2006.

KIRMAYER, L. J.; BLAKE, C. A medical anthropology of panic sensations: ten analytic perspectives. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 31-56.

KIRMAYER, L.; SARTORIUS, N. Cultural models and somatic syndromes. In: DIMSDALE, J. et al. (Eds.). *Somatic presentation of mental disorders: redefining the research agenda for DSM-V*. VA, Arlington: APA, 2009, p. 19-40.

KLEIN, D. 1964. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologica*. 5, p. 397-408.

KLEIN, D.; FINK, M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry*. n. 119, p. 432-438, 1962.

KLERMAN, G. Introduction. *Journal of Psychiatric Research*, v. 24, suppl. 1. p. 2, 1990.

_____. Overview of the cross-national collaborative panic study. *Archives of general psychiatry*. v. 45, p. 407-12, 1988.

KLERMAN, G.; COLEMAN, J.; PURPURA, R. The design and conduct of the Upjohn Cross-National Collaborative Panic Study. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 22, n. 1. p. 59-64, 1986.

KLERMAN, G.; VAILLANT, G.; SPITZER, R.; MICHELS, R. A debate on DSM-III. *American Journal of Psychiatry*. v. 141, n. 4. p. 539-53, 1984.

KLERMAN, G. et al. Drug treatment of panic disorder: comparative efficacy of alprazolam, imipramine and placebo. Cross-national collaborative panic study, second phase investigators. *British Journal of Psychiatry*. v. 160, p. 191-202, 1992.

_____. Drug treatment of panic disorder: reply to comment by marks and associates. *British Journal of Psychiatry*. n.161, p. 465-471, 1992.

KRISHABER, M. *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Paris: Librairie de l'Académie de Médecine de Paris, 1873.

KUGELMANN, R. *Stress: the nature and history of engineered grief*. Londres: Praeger, 1992.

KUGELMANN, R. The irritable heart syndrome in the American Civil War. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. California: Stanford University Press, 2009, p. 85-112.

LAËNNEC, R.T.H. *A treatise on the diseases of the chest*. Londres: G. Underwood, 1821.

_____. *De l'auscultation mediate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur*. Paris: Brosson, 1819.

LANE, C. *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven, CT: Yale University Press, 2007.

LANGDON-BROWN, W. Hunterian tradition in cardiac research. *Lancet*, v. 1, p. 291-294, 1917.

LATHAM, P. M. Lectures on subjects connected with clinical medicine. *London Medical Gazette*, v. 17, p. 280, 1836.

_____. Pathological essays on some diseases of the heart. *London Medical Gazette*, v. 3, p. 529-533, 1829.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *The construction of scientific facts*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986.

LAUFER, R. et al. Symptom patterns associated with post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans exposed to war trauma. *American Journal of Psychiatry*. v. 142, p.1304-1301, 1985.

LAWRENCE, C. 'Moderns and Ancients: The "New Cardiology" in Britain 1880–1930'. *Medical History, suppl.*, n. 5, p. 1–33, 1985

LEE, S.; KLEINMAN, A. Are somatoform disorders changing with time? In: DIMSDALE, J. et al. (Eds.). *Somatic presentation of mental disorders: redefining the research agenda for DSM-V*. VA, Arlington: APA, 2009, p. 53-62.

LEESE P. *Shell Shock: Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*. Basingstoke: Palgrave, 2002.

LEESE, P. "Why are they not cured?" British shell shock treatment during the Great War. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 205-221.

LERNER P. *Hysterical Men: War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*. New York: Cornell University Press, 2003.

LERNER, P. From traumatic neurosis to male hysteria: The decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889–1919. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 140-171.

LERNER, P. Hysterical cures: Hypnosis, gender and performance in World War I and Weimar Germany. *History Workshop Journal*, v. 45, p. 79–101, 1998.

LEVINE, S. The origin of the term neurocirculatory asthenia. *New England Journal of Medicine*, v. 173, p. 604-605, 1965.

LEWIS, T. *The soldier's heart and the effort syndrome*, Londres: Shaw, 1918.

_____. *The soldier's heart and the effort syndrome*. Nova Iorque: Hoeber, 1919.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R.; GUARNACCIA, P.; MARTÍNEZ, I.; SALMÁN, E.; SCHMIDT, A.; LIEBOWITZ, M. Comparative phenomenology of 'ataques de nervios', panic attacks, and panic disorder. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 113-156.

LEYS, R. *Trauma: a genealogy*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

LIDELL, H. S. The Role of Vigilance in the Development of Animals Neurosis. In: HOCH, P., ZUBIN, I. (Eds.). *Anxiety*. Nova Iorque: Grune & Stratton, 1949, p. 183-196

LINDERMAN, G. F. *Embattled Courage: the experience of Combat in the American Civil War*. Nova Iorque: Free Press, 1987.

LOFTUS, E. F.; FELDMAN, J.; DASHIELL, R. The reality of illusory memories. In: SCHACTER, D. L. (Ed.). *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995, p. 47-68.

LOIOLA, R. Uma cura para todos os medos. *Galileu*, n. 228, p. 34-43, jul. 2010.

LÓPEZ-PIÑERO, J. *Historical origins of the concept of neurosis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

LONG, L. *Rehabilitating bodies: health, history, and the American Civil War*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press, 2004.

LONGMATE, N. *The Home Front: an anthology of personal experience 1938-1945*. Londres: Chatto & Windus, 1981.

LORD Knutsford's Special Hospitals for Officers, *Lancet*, v. 2, p. 1155-1157, 1915.

_____. *Lancet*, v. 2, p. 1201-1202, 1915.

LÖWY, I. Ludwig Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.1, n. 1, p. 7-18, jul-out. 1994.

MACHADO, R. *Ciência e saber. A trajetória arqueológica de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACKETH, S.A. Lasting lessons of overseas military psychiatry. *Journal of Mental Health*, v. 92, p. 548-549, 1946.

MACKENZIE, J. The soldier's heart and war neurosis. *British Medical Journal*, v. 1, p. 491-494.

_____. The Soldier's Heart. *British Medical Journal*, v. 1, p.117-119, 1917.

_____. The soldier's heart. *British Medical Journal*. v. 1, n. 1, p. 117-119, 1916.

_____. The recruit's heart: a memorandum for medical examiners. *British Medical Journal*, n. 2, p.563, 1915a.

_____. The recruit's heart. *British Medical Journal*, n. 2, p. 807-808, 1915b.

MACKENZIE, J.; ORR, J. *Principles of diagnosis and treatment in Heart Affections*. Londres: Oxford University Press, 1926.

MACLEAN, W. Lecture on disease of the heart in the British Army; the cause and the remedy. *British Medical Journal*, v. 1, p.161-164, 1867.

MACNAUGHTON-JONES, H. The relation of puberty and the menopause to neurasthenia. *Lancet*, v. 1, p. 879-881, 1913.

MACCURDY, J. *War Neuroses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1918.

MACCURDY, J. T. *The structure of morale*. Cambridge: Cambridge University Press, 1943.

MACDONALD, L. *1915 The Death of Innocence*. Londres: HeadLine, 1996.

MAPOTHER, E. Discussion on the functional nervous disease in the fighting services. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, v. 29, p. 60-67.

MARTIN, E. 2009. *Bipolar expeditions: mania and depression in American culture*. Princeton e Oxford: Princeton University Press.

MCCALLUM, N. *Journey with a Pistol: a war diary*. Londres: Victor Gollancz, 1959.

MCDUGALL, W. *Outline of Abnormal Psychology*. Londres: Charles Scribner's Sons, 1926.

MCCHARTY, C. *Detailed minutiae of soldier life in the army of Northern Virginia, 1861-1865*. Richmond: J.W. Randolph & English, 1888.

MCDOWALL, C. Mutism in the Soldier and its Treatment. *Journal of Mental Science*, v. 64, p. 54-64, 1918.

MCNALLY, R. J. Conceptual Problems with the DSM-V Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. In: ROSEN, G. (ed.) *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies*. Chichester: Wiley, 2004, p. 1-14.

MCNALLY, R. J. *Panic disorder: a critical analysis*. Nova Iorque: Guilford Press, 1994.
Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=SIUI5oTQIH0C&printsec=frontcover&dq=panic+disorder+a+critical+analysis&source=bl&ots=Hg5eksaxld&sig=mhQgKzcrIumkgTRFLt_abbtAR_Mk&hl=pt-BR&ei=Aor4S9vxDo60uAeomfS9Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 11 jan. 2010.

MCPHERSON, J. *Battle Cry of Freedom: The Civil War Era*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1988.

MEDICAL AND SURGICAL HISTORY OF THE CIVIL WAR. 15 volumes. Vol. 6, 1883.

MENNINGER, W. Psychosomatic medicine: somatization reactions. *Psychosomatic Medicine*, v. 9, p. 92-97, 1947.

_____. Modern concepts of war neuroses. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 10, 1946.

MICALE, M.S.; LERNER, P. *Traumatic pasts: history, psychiatry and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

MICALE, M. S. *Diagnostic discriminations: Jean-Martin Charcot and the nineteenth-century idea of masculine hysterical neurosis*. 1987. Tese de Doutorado - Faculty of the Graduate School, Universidade de Yale.

MILLER, E. Preface. In: _____. (Ed.). *The neuroses in war*. Londres: Macmillan. 1940, p. vii-ix.

MITCHELL, S.W. The evolution of the rest treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 31, p. 368-73, 1904.

_____. Address before the fiftieth annual meeting of the American Medico-Psychological Association. *Proceedings of the American Medico-Psychological Association*, v. 50, p. 101-121, 1894.

_____. *Fat and Blood: an essay on the treatment of certain forms of neurasthenia and hysteria*. Filadélfia: J. B. Lippincott Company, 1888.

_____. *Rest in nervous disease: its use and abuse*. In: SEGUIN, E. C. (Ed.). *A Series of American Clinical Lectures, v. I*. Nova Iorque: G. Putnam's Sons, 1876, p. 83-102

_____. *Wear and Tear or Hints for the Overworked*. Filadélfia: J. Lippincott Company, 1872.

MITCHELL, S.W; MOREHOUSE, G.R.; KEEN, W.W. *Gunshot wounds and other injuries of nerves*. Filadélfia: J.B. Lippincott, 1864a.

_____. On malingering, especially in regard to simulation of diseases of the nervous system. *American Journal of Medical Sciences*, v. 48. p. 367-394, Jul-out. 1864b.

MIRA, E. Psychiatric experience in the Spanish War. *British Medical Journal*, v. 1, p. 1217-20, 1939.

MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.

MORAN, C. M. *The Anatomy of Courage*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1967.

MORISON, A. The recruit's heart. *British Medical Journal*, v. 2, p. 636-637, 1915.

MORRIS, D. *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press, 1991.

MOTT, F. The effects of high explosives upon the central nervous system. *Lancet*, n. 1, p. 331-338, 441-449, 1916.

MOYER, H. The so-called traumatic neurosis, *The Railway Surgeon*, v. 8, p. 151, 1901.

MYERS, A. *On the etiology and Prevalence of diseases of the Heart among Soldiers*. Londres: John Churchill & Sons, 1870.

MYERS, C. S. *Shell shock in France 1914-18, based on a war diary*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011 [1940]. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=DXh3W72jW5IC&pg=PA92&lpg=PA92&dq=Shell+S+hock+in+France,+1914-1918:+Based+on+a+War+Diary&source=bl&ots=IwAJX-dQ-y&sig=guhq_CMSJ_jw2P_kl7rReuZvMc8&hl=pt-BR&sa=X&ei=dIPsTsrIDIn2ggeI6Iz7CA&sqi=2&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____. The justifiability of therapeutic lying. *Lancet*, v. 2, p. 1214-1214, 1919.

_____. A contribution to the study of “shell-shock”. *The Lancet*, v. 1, p. 316, 1915.

MYERLY, S. *British Military Spetacle: from the Napoleonic wars through the Crimea*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH . *Anxiety Disorders*. Publicação n. 09 3879, 2009. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

NECHKINA, M.V.; SKAZKIN, S.D.; GUBER, A. *Historia universal*. Tomo I. Moscou: Editorial Progresso, 1977.

NERVES and war: the mental treatment Bill. *Lancet*, v.1, p. 919, 1915.

NERVOUS and mental shock among the ounded. *British Medical Journal*, v. 2, p. 802–803, 1914.

NERVOUS manifestations due to the wind of high-explosives. *British Medical Journal*, v. 2 p. 348, 1915.

NOTES from German and Austrian Medical Journal, disciplinary treatment of shell-shock. *British Medical Journal*, v. 2. p. 882, 1916.

NOYES, A.; KOLB, L.C. *Combat Neurosis*. Filadélfia: W. Saunders Company, 1958

NOYES, R.; HOEHN-SARIC, R. *The anxiety disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.

NOYES, R.; DUPONT, R.; PECKNOLD, K.; RIKFIN, A. et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. *Archives of general psychiatry*, v. 45, p. 423-28, 1988.

O'BRIEN, T. *Civil Defense*. Londres: HMSO, 1955.

O'BRIEN, T. *If I die in a combat zone, box me up and ship me home*. Nova Iorque: Delacorte, 1973.

OPPENHEIM, J. *Shattered nerves: doctors, patients and depression in Victorian England*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1991.

OPPENHEIMER B.S., ROTHSCILD M.A. The psychoneurotic factor in the "irritable heart" of soldiers. *British Medical Journal*, v. 2, p.29-31, 1918.

OPPENHEIMER, B. S. et al. Report on neurocirculatory asthenia and its management. *Military Surg*, v. 42, p. 409 e 711, 1918.

ORMEROD, C. Two theories of hysteria. *Brain*, v. 33, p. 269-287, 1911.

ORR, J. *Panic diaries: a genealogy of panic disorder*. Durham, NC: Duke University Press, 2006.

ORTEGA, F. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OSLER, W. British medicine in Greater Britain. In: *Aequanimitas with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*, 3rd. Filadélfia: Blakiston. p. 163-88, 1932.

_____. *The Principles and Practice of medicine*. Nova Iorque: D. Appleton and Company, 1912.

_____. Chronic infectious endocarditis, *Quarterly Journal Medical*, v. 2, p. 219-230, 1909.

_____. British medicine in Greater Britain. *British Medical Journal*. n. 2, p. 576-581, 1897.

_____. *The Principles and practice of medicine*. Nova Iorque: D. Appleton and Company, 1892.

_____. *The Principles and Practice of Medicine*. Nova Iorque: D. Appleton and Company, 1892.

_____. The irritable heart of civil life. *Canadian Practitioner*, v. 12, p.156-157, 1887.

PAGE, H. *Injuries of the Spine and Spinal Cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspect*. Londres: J & A Churchill, 1883.

PAGET, J. *Clinical Lectures and Essays*. Vol 2. Londres: Longmans, 1875.

PALMER I. The emotion that dare not speak its name? *Br. Army Rev.*, v. 132, p.31-37, 2003.

PARK, L.; HINTON, D. Dizziness and panic in China: organ and ontological disequilibrium. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 157-182.

PARKINSON, J. An inquiry into the cardiac disabilities of soldiers on active service. *Lancet*, v. 2, p. 133-138.

PARKINSON, J. Leadership in cardiology. *Lancet*, v. 1, p. 1013-1016, 1955 [Artigo produzido a partir de palestra conferida no 2nd *International Congress of Cardiology*, Washington, D.C., em 17 de setembro de 1954].

PARRISH, J. Preface: War and medicine, past and future. In: LARNER, M.; PETO, J.; MONEM, N. (Eds.). *War and medicine*. Londres: Black Dog, 2008, p. iii-iv.

PARSONS, J. H. The Psychology of Traumatic Amblyopia following Explosion of Shells. *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Neurological Section)*, v. 8, 2, p. 55-65, 1915.

PARSONS, T. *The Social System*. London: Routledge, 1951.

PATTERSON, C.; PATTERSON, K. B. The history of heart transplantation. *American Journal of Medical Sciences*. v. 314, p. 190-197, 1997.

PEABODY, F. W.; WEARN, J. T.; TOMPKIS, E. H. The basal metabolism in cases of the "irritable heart of soldiers." *Medical Clinics of North America*, v. 2, p. 507-515, 1918.

PETERS, D. W. Remarks on the evils of youthful enlistments and nostalgia. *American Medical Times*, v. 6, p. 75-76, fev. 1863.

PICHOT, P. Panic attaque et trouble historique du mot et des concepts. *Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, v. 5, p. 3-8, 1996.

PITTS, F.N.; MCCLURE, J.N. Lactate metabolism in anxiety neurosis. *New England Journal of Medicine*, vol. 277, 1967, pp. 1329-1336.

PLESSET, M. R. Psychoneurotics in combat. *American Journal of Psychiatry*, n. 103, p. 87-90, 1946.

POORE, G. V. Science and Practice. *British Medical Journal*, v. 2, p. 984, 1900.

POYNTER, D. J. Regeneration revisited: W.H.R. Rivers and shell-shock during the Great War. In: HUGHES, M.; SELIGMANN, M. (Eds.). *Leadership in Conflict 1914-1918*. Barnsley: Leo Cooper, 2000. p. 227-243.

PURTELL, J.; ROBINS, J.; COHEN, M.. Observations on clinical aspects of hysteria: a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *Journal of the American Medical Association*, v. 146, n. 10, p. 902-909, 1951

PYE-SMITH, P. H. Medicine as a science and medicine as an art. *Lancet*, v. 2, p. 309, 1900

RABINBACH, A. *The human motor: energy, fatigue, and the origins of modernity*. Nova Iorque: Basic Books, 1990;

RACHMAN, S. *Anxiety*. Hove: Psychology Press, 1998.

RAMACHANDRAN, V. S.; BLACKSLEE, S. *Fantasma no cérebro: uma investigação dos mistérios da mente humana*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RAU, V.; FANSELOW, M.S. Neurobiological and neuroethological perspectives on fear and anxiety. In: KIRMAYER, L.; LEMELSON, R. BARAD, M. (Eds.). *Understanding trauma: integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009, p. 27-40.

REES, J. R. *Shaping of Psychiatry by War*. Nova Iorque: W. W. Norton, 1945.

REISER, S. J. The stethoscope and the detection of the pathology by sound. In: _____. *Medicine and the Reigh of Technology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1978, p. 23-44.

RICHARDSON, B. *Diseases of modern life*. Nova Iorque: Appleton, 1876.

RICKMAN, J. A case of hysteria: theory and practice in the two world wars. *Lancet*, v.1, p. 785-786, 1941.

RIVERS, W.H.R. War neurosis and military training. *Mental hygiene*, v. 2, n. 4, p. 513-533, 1918.

_____. *Instinct and the unconscious: a contribution to a biological theory of the psycho-neuroses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1920.

ROSE, N. Molecular biopolitics, somatic ethics and the spirit of biocapital. *Social theory & health*, v. 5, p. 3-29, 2007a.

_____. Beyond medicalization. *Lancet*. v. 369, p. 700-701, 2007b.

_____. 2006. Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, v. 1, p. 465-484.

ROSENBERG, C. Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 49, n. 3, p. 407-24, 2006.

_____. What Is Disease? In Memory of Owsei Temkin. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 77, n. 3, p. 491-505, 2003.

_____. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, v. 80, n. 2, 2002.

_____. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

_____. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

_____. Body and mind in nineteenth-century medicine: some clinical origins of the neurosis construct. *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, v. 63, n.2, p. 185-197, 1989.

_____. *The care of strangers: the rise of America's hospital system*. Nova Iorque: Basic Books, 1987.

ROSENBERG, C.; GOLDEN, J. (Eds.). *Framing disease: Studies in cultural history*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1977.

ROSS, T.A. *The common neuroses: their treatment by psychotherapy*. Londres: Edward Arnold, 1937.

ROUDEBUSH, M. A battle of nerves: Hysteria and its treatment in France during World War I. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 253-279.

ROWS, R. G. Mental Conditions following Strain and Nerve Shock. *British Medical Journal*, v. 1, p. 441-3, 1916.

RUSSEL, I. Observation on the diseases of the heart noticed among soldiers, particularly the organic diseases. In: FLINT, A. (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* Nova Iorque: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission, 1867, p. 319-335.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. IX, n. 3, p. 460-483, 2006.

RUSSO, M. Irritabilidade e sensibilidade: fisiologia e filosofia de Albrecht von Haller. In: MARTINS, R. A., MARTINS, L. A. P., SILVA, C. C., FERREIRA, J. M. H. (eds.) *Filosofia e história da ciência no Cone Sul: 3º Encontro*. Campinas: AFHIC, 2004, p. 310-319.

SAIGH, P. A.; BREMMER, D. J. *Posttraumatic stress disorder: a comprehensive text*. Needham Heights: Allyn and Brown, 1999.

SALMON, T. The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neurosis (“Shell-shock”). In: SALMON, D. *The British Army* Nova Iorque: The Mental Hygiene War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene, s/d.

SAVILL, T. *Clinical lectures on neurasthenia*. Londres: Henry J. Glaiser, 1899.

SCHACTER, D. L. Memory distortion: History and current status. In: SCHACTER, D. L. (Ed.). *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995, p. 1-43.

SCHAFFNER, W. Event, series, trauma: The probabilistic revolution of the mind in the late nineteenth and early twentieth centuries. In: MICALE, M.; LERNER, P. (Eds.). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (p. 280-306). Nova Iorque: Cambridge University Press, 2001, p. 81-91.

SCOTT, W.J. PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, v. 37, p. 294-310, 1990.

SCHIVELBUSCH, W. *The Railway Journey: The Industrialization of Time and Space in the Nineteenth Century*. Oxford: Blackwell, 1980.

SHAMDASANI, S. Claire, Lise, Jean, Nadia, and Gisèle: preliminary notes towards a characterisation of Pierre Janet's psychasthenia. In: GIJSWIJT-HOFSTRA, M.; PORTER, R. (Eds.). *Cultures of neurasthenia: from Beard to the First World War*. Amsterdam: Rodopi, 2001, p. 363-385.

SHEEHAN, D. *The anxiety disease: a leading psychiatrist offers new hope for victims of severe anxiety*. Nova Iorque: Scribner's, 1983.

SHEFFER, D. 'No Sacrifice Is Too Great, Save That of Honor': Honor, Death, and Psychological Combat Trauma in the American Civil War. 2009. Tese de Doutorado – Departamento de História, Universidade de Kansas.

SHEPHARD, B. Risk Factors and PTSD: A Historian's Perspective. In: ROSEN, G. (ed.) *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies*. Chichester: Wiley, 2004, p. 39-62.

_____. *War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914 – 1994*. Londres: Jonathan Cape, 2000.

SHORTER, E. *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. Nova Iorque: The Free Press, 1992.

SIDOUN, P.; FONTAINE, R.; FALAUDI, G. Spasmophilie, attaques de panique, et névrose hystérique. *Le Concours Médicale*, v. 17, p. III-124, 1989.

SIERLES, F. et al. Post-traumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *American journal of Psychiatry*. v. 140, p. 1177-1179, 1983.

SLEDGE, E. *With the old breed: at Peleliu and Okinawa*. Nova Iorque: Ballantine Books, 2007.

SMITH, C. *That heart of yours*. Filadélfia: Lippincott, 1934.

SMITH, G. E.; PEAR, T. H. *Shell shock and its lessons*. Manchester: University Press, 1917.

SNELLEN, 1989. The contributions of Willem Winthoven to physiology. *News in Physiological Sciences*, v. 4, p. 162-165.

SOUTHARD, E. Shell shock and after. *Boston Medical and Surgical Journal*. v. 79, n. 3, p. 80-83.

SPECTOR, R. *Eagle Against the Sun: The American War with Japan*. Nova Iorque: The Free Press, 1985.

SPILLANE, J. D. Observations in effort syndrome. *British Medical Journal.*, v. 2, p. 739, 1940.

SPITZER, R.; ENDICOTT, J; ROBINS, E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, v. 35, p. 773-782, 1978.

STEINER, P. *Disease in the Civil War: natural biological warfare in 1861-1865*. Springfield: Charles C. Thomas. 1968.

STONE, M. Shell Shock and the Psychogists. In: BYNUM, F.; PORTER, R; SHEPHERD, M. (Eds.). *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, Londres: Tavistock Publications, Vol. II. Institutions and Society, 1985, p. 242-271.

SUMATHIPALA, A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? In: DIMSDALE, J. et al. (Eds.). *Somatic presentation of mental disorders: redefining the research agenda for DSM-V*. VA, Arlington: APA, 2009, p. 103-130.

SUMMERFIELD, D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, v. 322, p. 95-98, Jan. 2001.

STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine*. Nova Iorque: Basic Books, 1987.

STEARNS, P. *American cool: constructing a twentieth-century emotional style*. Nova Iorque: New York University Press, 1994.

STILLÉ, A. *Address before the Philadelphia county medical society*. Filadélfia: Collins, 1863.

STOKES, A.B. War Strains and Mental Health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 101, p. 215-219, 1945.

STONE, M. Shell-shock and the psychologists. In: BYNUM, W.F., PORTER, R., SHEPHERD, M. *The anatomy of madness*, vol. 2, Londres: Tavistock Publications, 1985, pp. 242-271.

STRAHAN, J. Puzzling conditions of the heart and other organs dependent on neurasthenia. *British Medical Journal*, v. 2, p. 435-437, 1885.

STRECKER, E.; APPEL, K. *Psychiatry in modern warfare*. Nova Iorque: MacMillan, 1945.

TALLBOTT, J. Combat Trauma in the American Civil War. *History Today*, v. 46, issue 3, p. 41, Mar. 1996.

TAYLOR, F. *Philadelphia in the Civil War: 1861-1865*. Filadélfia: The City, 1913.

TAYLOR, W. T. Nostalgia, or Home Sickness. *The American Bi-Weekly*, v. 10, p. 121-123, 1879.

TENELL, W. H. H. *Report of the adjutant General of the State of Indiana*, vol. II. Indianapolis: W. R. Holloway, 1865.

THE Lancet. v. 2, p. 1388, 1914.

THE War and nervous breakdown. *Lancet*, v. 1, p. 189–190, 1915.

THE War: Notes from South-Eastern France” *British Medical Journal*, vol. 1, p. 768–9, 1916.

THOM, D. War neuroses. Experiences of 1914-18. Lessons for the current emergency.. *Collected Lectures of the 7th Postgraduate Seminar in Neurology and Psychiatry*. In: HALLORAN, R., YAKOLEY, P. (Eds.). *Collected Lectures of the 7th Postgraduate in Neurology and Psychiatry, including a Review Course in military neuropsychiatry, oct. 3, 1941 – april 10, 1942*. Waltham: Metropolitan State Hospital, 1942.

THURSFIELD, H. Review of children’s diseases. *Practitioner*, v. 87, p. 117-122, 1911.

TITMUSS, R. *Problems of Social Policy*. Londres: HMSO, 1950.

TONE, A. *The age of anxiety: a history of America's turbulent affair with tranquilizers*. Nova Iorque: Basic Books, 2009.

TUAN, Y.F. *Paisagens do medo*. Unesp: São Paulo, 2006.

TUCHMAN, B. *Stilwell and the American Experience in China, 1911-45* Nova Iorque: Macmillan, 1971.

TUMA, H.; MASER, J.. *Anxiety and the Anxiety disorders*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum, 1985.

TURNER, W. A. Remarks on Cases of Nervous and Mental Shock Observed at the Base Hospitals in France. *British Medical Journal*. v.1, p. 833–835, 1915.

UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

_____. *Em busca de uma clínica para o trauma*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. *Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

UDOMRATN, P.; HINTON, D. Gendered Panic in Southern Thailand: ‘lom’ (“wind”) illness and ‘wuup’ (“upsurge”) illness. In: HINTON, D., GOOD, B. (orgs.). *Culture and panic disorder*. Califórnia: Stanford University Press, 2009, p. 183-204.

U.S. GOVERNMENT. *The medical and surgical history of the war of the rebellion, 1861-65*. BARNES, J. (ed.). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Vol. II, Pt. III.

VENNING, J.A. The etiology of disordered action of the heart: a report on 7.803 cases. *British Medical Journal*, v. 2, p. 337-339, 1919.

VIDAL, F. “A mais útil de todas as ciências”. Configurações da psicologia desde o Renascimento tardio até o fim do Iluminismo. In: JACÓ-VILELA; FERREIRA, A. PORTUGAL, F. (orgs.) *História da Psicologia*. Rumos e percursos. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005. p. 47-74

_____. Le sujet cérébral: une esquisse historique et conceptuelle. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, v. 3, n. 11, p. 37-48, 2005.

VINER, R. Putting stress in life: Hans Selye and the making of stress theory. *Social Studies of Science*, v. 29, p. 391–410, 1999.

WAR OFFICE. *Report of the War Office Committee of Enquiry into “Shell-Shock.”* London: His Majesty’s Stationery Office, 1922.

WEARN, J. T., & STURGIS, C. Effects of the injection of epinephrine in soldiers with “irritable heart.” *Archives of Internal Medicine*, v. 24, p. 247–268, 1919.

WEATHERLY, L. The war and neurasthenia, psychasthenia and mild mental disorders. *The Medical World*, v. 11, p. 265–266, 1918.

WEINER, H. *Perturbing the organism: the biology of stressful experience*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

WEISS, E. Neurocirculatory asthenia: the need for a psychosomatic approach and a revised terminology. *Psychosomatic Medicine*, v. 5, n. 1, p. 93-96, 1943.

WEISS, E. The treatment of illness of emotional origin by the internist. *Ann. Intern. Med.*, v. 14, p. 424, 1940.

WEISS, E.; SPURGEON, O. *Psychosomatic Medicine*. Filadélfia: Saunders, 1952.

WELLS, M.K. *Courage and air warfare: the allied aircrew experience in the Second World War*. Londres: Frank Cass, 2000.

WESSELY, J. The life and death of Private Harry Farr. *Journal of The Royal Society Medicine*. v. 99, p. 440–443, 2006.

WESTPHAL, C.F.O. Die Agoraphobie: eine neuropathische Erscheinung. *Archiv für psychiatrie und Nervenkrankheiten*, v. 3, p. 138-161, 1871.

WHITE, P. D. The soldier's irritable heart. *J. Amer. Med. Ass.* v. 118, p. 270, 1942.

WILLIAMS, J. *Practical observations on nervous and sympathetic palpitation of the heart, particularly as distinguished from palpitation the result of organic disease*. Londres: Longman, 1836.

WILTSHIRE, H. A contribution to the etiology of shell shock. *Lancet*, v.1, p. 1207-1212, 1916.

WILSON, J. G. The Effects of High Explosives on the Ear. *British Medical Journal*. v. 1, p. 353–5, 1917.

WINTER, J. 2000. Shell-shock in the cultural history of the Great War. *Journal of Contemporary History*, v. 35, p. 7-11, 2000.

WHITEHEAD, W.; MACCARTNEY, T. *Dieppe 1942: Echoes of Disaster*. Toronto: Richard Drew Publishing, 1979.

WITTKOWER, E.; RODGER, T. F.; WILSON, A. T. Effort syndrome. *Lancet*, v. 240, p. 531, 1941.

WITTKOWER, E. Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 5, n. 4, p. 309-319, 1974.

WITTKOWER, E., SPILLANE, J.P. A survey of the literature of neuroses in war. In: *The neuroses in war*. Nova Iorque: Macmillan, 1944.

WOOD, P. DaCosta's syndrome (or effort syndrome). *British Medical Journal*, n. 1, p. 867-877, 1941a.

_____. DaCosta's syndrome (or effort syndrome). The mechanism of the somatic manifestation. *British Medical Journal*, n. 1, p. 845-851, 1941b.

_____. Aetiology of Da Costa's syndrome. *British Medical Journal*. n. 1, p. 845-851, 1941c.

WOOLEY, C. *The irritable heart of soldiers and the origins of anglo-american cardiology: the U.S. Civil War (1861) to World War I (1918)*. Burlington: Ashgate, 2002.

_____. William Osler and the New York Times, 1897-1931. *Journal of Medical Biography*, n. 7, p.130-139, 1999.

_____. Palpitation: brain, heart, and "spirits" in the seventeenth century. *Journal of the Royal Society of Medicine*, n. 91, p. 157-159, 1998.

_____. From irritable heart to mitral valve prolapsed: systolic clicks, apical murmurs, and the auscultatory connection in the 19th century. *American Heart Journal*. n. 113, p. 413-19, 1987a.

_____. From irritable heart to mitral valve prolapsed: World War I. The U.S. experience and the origin of neurocirculatory asthenia. *American Journal of Cardiology*, n. 59, p. 1183-6, 1987b

_____. From irritable heart to mitral valve prolapsed: the Osler connection. *American Journal of Cardiology*, n. 53, p. 870-874, 1984.

_____. Jacob Mendez Da Costa: medical teacher, clinician, and clinical investigator. *American Journal of Cardiology*, n. 50, p.1145-8, 1982.

_____. Where are the diseases of yesteryear? Da Costa's syndrome, soldier's heart, the effort syndrome, neurocirculatory asthenia – and the mitral valve prolapsed syndrome. *Circulation*, n. 53, p. 749-51, 1976.

WOOLEY, C.; STANG, J. Samuel Levine and his World War I experience. *American Journal of Cardiology*, n. 62, p. 952-6, 1988.

_____. Samuel A. Levine and his World War I encounters with the brothers Regii, Allbutt and Osler. *American Journal of Cardiology*, nº 65, p. 669-73, 1990a.

_____. Samuel A. Levine's First World War encounters with Mackenzie and Lewis. *British Heart Journal*. n. 64, v.2, p.166-70, 1990b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical and Diagnostical Guidelines*. 1992. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

WHORTON J. C. “Athlete's heart”: the medical debate over athleticism, 1870–1920'. *Journal of Sport History*, v. 9, n. 1, p. 30–52, 1982.

WRIGHT, M.B. Psychological emergencies in war-time. *British Medical Journal*, v. 2, p. 576–578, 1939.

YAGER, T.; LAUFER, R.; GALLOPS, M.S. Some problems associated with war experiences in men of the Vietnam generation. *Archives of General Psychiatry*, v. 41, p. 327-333, 1984.

YEALLAND, L.R. *Hysterical disorders of warfare*. Londres: Macmillan, 1918.

YOUNG, A. When traumatic memory was a problem: on the historical antecedents of PTSD. In: ROSEN, G. (ed.) *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies*. Chichester: Wiley, 2004, p.127-146.

_____. Our traumatic neurosis and its brain. *Science in Context*, nº 14, vol. 4, 2001, pp. 661-683.

_____. Walter Cannon and the psychophysiology of fear. In: LAWRENCE, C; WEISZ, G. (Eds.). *Greater than the parts: Holism in biomedicine, 1920–1950*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1988, p. 234–256.

_____. *Harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. NJ, Princeton: Princeton University Press, 1995;

_____. The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Social Science and Medicine*, n. 14, p.133-146, 1980.

ZIEGLER, P. *London at war 1939-45*. Londres: Sinclair-Stevenson, 1995.

ZIZEC, S. Fear thy neighbor as thyself! In: _____. *Violence: six sideways reflections*. Nova Iorque: Picador, 2008, p. 40-73.