

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Thelma Kilinsky Birenbaum

**PROBLEMAS DE LINGUAGEM ORAL E ENURESE EM CRIANÇAS:
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

**São Paulo
2010**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Thelma Kilinsky Birenbaum

**PROBLEMAS DE LINGUAGEM ORAL E ENURESE EM CRIANÇAS:
ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob orientação da Profa. Dra. Maria Claudia Cunha.

**São Paulo
2010**

Banca Examinadora

Dedico este trabalho ao Gabriel. Com muito amor.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Claudia Cunha, presença constante e objetiva, pelas fundamentais intervenções e desafios apresentados ao longo da elaboração desta dissertação. Auxílio ímpar na superação dos meus limites.

À Profa. Dra. Ruth Palladino, introdutora da psicanálise infantil nesse meu percurso, por quem minha admiração é crescente. Obrigada pela atenção, pelas aulas, e pelas preciosas contribuições oferecidas no Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Jacy Perissinotto, (feliz) reencontro após tantos anos. Pela leitura cuidadosa realizada para o Exame de Qualificação, e pelas pontuações significativas, que geraram aprofundamento dessa pesquisa.

À Profa. Dra. Suzana Maia, um carinho especial por ter me (re)conduzido à vivência fundamental do reconhecimento.

Aos meus filhos, do fundo do meu coração... Pela compreensão, pelo apoio, pela tolerância perante as escolhas que fiz durante esses dois últimos anos, e que tantas vezes os excluíram, e, principalmente, pelo carinho incondicional demonstrado durante este processo.

Ao Dr. Rômulo e à Leonor, interlocutores da minha alma. Minha eterna gratidão.

À Carmen Saldiva, com carinho.

A todos os professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Aos colegas de turma, especialmente à amiga e parceira Beatriz Paiva Bueno de Almeida, pelo carinho, pela escuta, pelas sugestões e pelo acolhimento nos (diversos) momentos de angústia.

À Virgínia e ao João, sempre disponíveis. Também aos demais funcionários da PUC-SP e da DERDIC.

A todos os responsáveis, funcionários e educadores do “Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista”, carinhosos e receptivos.

À Marianni Costa, fonoaudióloga do “Lar”, pelo respeito e disponibilidade, desde o início.

A todas as crianças que frequentam o “Lar” e seus familiares, que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Ao foniatra Dr. Evaldo Rodrigues, atenciosamente.

Aos amigos Douglas e Ivanilda, e todos os seus. Um forte abraço!

Ao colega Henrique Rubin, pelas conversas informais que abriram caminhos internos.

Aos meus pais, por terem me dado a vida.

À Capes, bela bolsa concedida.

Eu sabia que molhar a cama era algo mau e fora do meu controle...portanto era possível pecar sem saber que se estava cometendo um pecado, sem querer cometê-lo e sem ser capaz de evitá-lo...O espancamento no ambiente onde eu estava...Eu tive uma convicção de pecado, loucura e fragilidade que eu não me lembro de já ter vivido antes. (Passagem da autobiografia do escritor brasileiro George Orwell, em que ele relata sua vivência em colégio interno inglês, onde aos 8 anos de idade foi brutalmente castigado por ser enurético.)

(PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005, p. 12)

RESUMO

BIRENBAUM, T.K. **Problemas de linguagem oral e enurese em crianças: abordagem fonoaudiológica**

Introdução: Além dos problemas de linguagem oral, a enurese infantil é uma das marcas corporais registradas pela escuta do fonoaudiólogo em seu exercício clínico. **Objetivo:** Identificar e analisar as relações entre ocorrências de problemas de linguagem oral e enurese em crianças. **Método:** Clínico-quantitativo, de caráter descritivo/interpretativo. **Casuística:** 104 crianças (41 do sexo feminino e 63 do sexo masculino) que frequentam uma Instituição filantrópica na Grande São Paulo, cujas idades variam entre 3;0 e 10;0 anos. **Procedimento:** Etapa 1: Foi enviado um questionário aos seus responsáveis, para a obtenção de dados quanto a problemas de linguagem oral e/ou enurese (diurna e/ou noturna). Etapa 2: A partir das respostas dadas, foram selecionadas 14 crianças, todas enuréticas. Somente 10 apresentavam queixas de problemas de linguagem oral. Etapa 3: Cada criança enurética foi avaliada individualmente, através de observação clínica em situação dialógica e aplicação do Protocolo de Observação Comportamental (PROC), ítem Habilidades Comunicativas (HC) (Zorzi e Hage, 2004). **Crítérios de interpretação dos resultados:** 1) Realizou-se análise quanti-qualitativa das co-ocorrências entre problemas de linguagem oral e enurese (noturna e/ou diurna) das 104 crianças, através de análise estatística descritiva: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. Foram utilizados os testes t-Student e teste exato de Fisher. (Fisher e Van Belle, 1993). 2) Realizou-se análise quanti-qualitativa dos resultados encontrados na avaliação individual das 14 crianças enuréticas. 3) Realizou-se o estudo de caso clínico de uma dessas crianças, escolhida como emblemático da co-ocorrência entre problemas de linguagem oral e enurese. Os resultados foram discutidos e interpretados qualitativamente, a partir da articulação entre o material clínico e os referenciais teóricos da Fonoaudiologia e da Psicanálise. **Resultados e discussão:** Há indicadores de comprometimento das habilidades comunicativas nas 14 crianças enuréticas. Estas apresentaram maior porcentagem de problemas de linguagem oral do que as não enuréticas, especialmente desvios fonológicos e o fato de falarem pouco. Tais resultados corroboram os estudos sobre a co-ocorrência de enurese e problemas de linguagem oral, apresentados em trabalhos que atribuem etiologia bio-psíquica a essa co-morbidade (Ajuriaguerra, 1980; Font, 1985, 1987; Dolto e Hamad, 1998; Dolto, 1999, 2007). **Conclusão:** Os resultados indicaram relação entre enurese e problemas de linguagem oral. Considerando-se os efeitos recíprocos entre linguagem, corpo e psiquismo, sugere-se que os fonoaudiólogos que se ocupam dos problemas de linguagem em crianças também investiguem a aquisição do seu controle esfinteriano vesical, numa abordagem bio-psíquica.

Palavras-chave: enurese, linguagem infantil, transtornos da linguagem, psicanálise

ABSTRACT

BIRENBAUM, T.K. **Oral language disorders and enuresis in children:** a speech therapy approach

Introduction: In addition to oral language disorders, enuresis in children is one of the body marks registered by the listening of speech therapists in clinical practice. **Objective:** To indentify and analyze the relationships between instances of oral language disorders and enuresis in children. **Method:** Clinical, quantitative and qualitative, with a descriptive/interpretative outline. **Casuistic:** 104 children (41 female and 63 male) which attend a philanthropic Institution in Greater São Paulo area, ages ranging from 3;0 to 10;0 years old. **Procedure:** Stage1: A questionnaire was sent to the children's parents/legal representatives to obtain data on oral language disorders and/or enuresis (daytime and/or night). Step 2: From the responses, there were selected 14 children, all enuretic. Only 10 had complained of oral language disorders. Step 3: Each enuretic child was individually assessed by clinical observation in dialogical situation and application of Behavioral Observation Protocol ("Protocolo de Observação Comportamental-PROC"), item Communicative Abilities (HC) (Zorzi and Hage, 2004). **Result interpretation criteria:** 1) Quantitative and qualitative analysis of co-occurrences between oral language disorders and enuresis (night and/or daytime) of 104 children was carried out, using descriptive statistics: mean, standard deviation, minimum, median and maximum. Student-t test and Fisher's exact test were used. (Fisher and Van Belle, 1993). 2) An analysis of quantitative and qualitative results in individual evaluation of 14 enuretic children was made. 3) A clinical case study of one of these children, chosen as emblematic of co-occurrence of oral language disorders and enuresis, was performed. The results were discussed and interpreted qualitatively, from the relationship between the clinical material and theoretical references of speech therapy and psychoanalysis. **Results and discussion:** There are indicators of communication skills impairment on the 14 enuretic children. These showed a higher percentage of oral language disorders comparing to non-enuretic, especially phonological disorders and little talking. These results support the studies on co-occurrence of enuresis and oral language disorders, presented in papers that attach bio-psychic etiology to this comorbidity (Ajuriaguerra, 1980; Font, 1985, 1987; Dolto and Hamad, 1998; Dolto, 1999, 2007). **Conclusion:** Results indicated relationship between enuresis and oral language disorders. Considering the interactions among language, body and psyche, it is suggested that speech therapists, when dealing with oral language disorders in children, also investigate the acquisition of their bladder sphincter control, in a bio-psychical approach.

Key-words: enuresis, child language, language disorders, psychoanalysis

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - A ENURESE: ABORDAGEM BIO-PSICO-SOCIAL.....	11
CAPÍTULO 2 – ENURESE, LINGUAGEM E PSICANÁLISE.....	26
2.1 Enurese, medo e desejo	29
2.2 Enurese, linguagem e erotização.....	39
2.3 Enurese como linguagem	48
2.4 Enurese e problemas de linguagem.....	56
CAPÍTULO 3 - MÉTODO	65
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
4.1 Situação 1: A partir das respostas dos pais ao questionário	74
4.2 Situação 2: A partir das avaliações fonoaudiológicas individuais das crianças enuréticas.....	81
4.3 Situação 3 – Estudo de caso clínico	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências e porcentagens conjuntas de enurese diurna e enurese noturna.....	75
Tabela 2 - Frequências e porcentagens de problemas de linguagem oral nas crianças com e sem enurese	76
Tabela 3 - Estatísticas descritivas para a idade (meses) nos grupos com e sem enurese	78
Tabela 4 - Estatísticas descritivas para a idade (meses) nos grupos com e sem problemas de linguagem oral.....	80
Tabela 5 - Estatísticas descritivas para as pontuações no PROC (%).....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Alarme para o tratamento da enurese.....	24
Figura 2 - Síntese dos procedimentos.....	73
Figura 3 - Box-plots para a idade (meses) nos grupos com e sem enurese	78
Figura 4 Box-plots para a idade (meses) nos grupos com e sem problemas de linguagem oral.....	80
Figura 5 - Valores individuais totais obtidos no PROC, ítem Habilidades Comunicativas.....	85

Há quase uma década, fui abordada por uma educadora de uma escola particular da Grande São Paulo com a seguinte questão: “como fonoaudióloga, como você vê a criança que fala errado e faz xixi na cama?” Respondi, prontamente: “se ela apresenta estes sintomas, deve ser porque está querendo comunicar alguma coisa e as palavras não estão dando conta...”.

Mal sabia que esta resposta faria ainda mais sentido para mim com o passar do tempo.

Início essa reflexão revisitando o meu percurso pela clínica fonoaudiológica e, para tal, conto com memórias da experiência clínica articuladas teórico-metodologicamente com as relações entre linguagem, corpo e psiquismo. Isto porque, ao longo da prática clínica, é frequente o fonoaudiólogo se deparar com crianças que apresentam problemas na linguagem associados a outras alterações na saúde, as quais, potencialmente, podem afetar o seu desenvolvimento bio-psico-social.

Desde o início da minha atividade profissional, ao receber pacientes, independente da idade dos mesmos, despertava-se em mim um estado interno quase que de imediato. Um desejo inerente ao meu ser, desejo de aproximação desse sujeito que apresenta problemas de linguagem, através do oferecimento de um espaço de possibilidade da escuta terapêutica para além da queixa fonoaudiológica, assim como de uma ação terapêutica sobre o mesmo, que sofre, mas nem sempre tem consciência ou possibilidade de expressar verbalmente o seu sofrimento.

Olhar o paciente a partir de um outro lugar, através da articulação entre linguagem, corpo e psiquismo, foi, gradualmente, transformando-se em um interesse particular pela formação de sintomas de maneira geral. De acordo com Cunha (2005), a vertente psicanalítica que inspira uma das abordagens da relação entre

linguagem e psiquismo no campo fonoaudiológico propõe a indissociabilidade entre os funcionamentos dos mesmos, especialmente na sua dimensão inconsciente.

Além dos problemas de linguagem, a enurese infantil é uma das ocorrências sintomáticas registradas pela minha escuta no exercício clínico fonoaudiológico. E, a partir daí, comecei a questionar se haveria alguma relação entre os problemas de linguagem e o quadro enurético em crianças.

A enurese é uma dificuldade comum a muitas famílias em todas as partes do mundo. Pachelli e Topczewski (2005) referem que, desde a Grécia antiga, existe uma expectativa de que a emissão noturna da urina seja controlada na primeira infância. Por outro lado, nas sociedades primitivas, os pais esperavam que o controle da micção ocorresse após o aparecimento dos dentes definitivos.

O controle urinário diurno deve ocorrer ao redor dos 2;0 anos, quando muitas crianças já referem sensação de bexiga cheia e desejo de urinar durante o dia. É nesta época que a mãe costuma dispensar a fralda diurna, apesar de manter a noturna por mais tempo. Considera-se que a partir dos 5;0 anos a maioria das crianças já deve apresentar o controle noturno de urina. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Nas crianças que desenvolvem o controle da urina noturna na idade esperada, a produção dessa urina deve ser reduzida, mas sem exceder a capacidade de armazenamento da bexiga, para que a criança permaneça de 8 a 9 horas sem urinar. A criança deve despertar quando a bexiga estiver cheia e o reflexo de micção precisa ser inibido logo no início, para que haja tempo dela ir até o banheiro; em seguida, o músculo da bexiga deverá relaxar, uma vez que a contração desse músculo inicia o processo de esvaziamento. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

A enurese noturna é definida como uma micção involuntária completa, ou quase completa, durante o sono, em crianças com sistema urinário íntegro. Considera-se enurético quem apresenta um quadro com mais de dois episódios de cama molhada por mês. Pelo menos 2% de adolescentes e adultos enuréticos continuarão assim pelo resto da vida, e em 90% dos casos a etiologia é fisiológica.

Para a maioria das crianças enuréticas, a enurese acaba por desaparecer mais cedo ou mais tarde, sem qualquer tratamento, livrando a todos de noites mal dormidas e das manhãs de mau humor. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Mesmo assim, a criança geralmente sente-se envergonhada pelo seu sintoma. Esta criança, que não controla o esfíncter vesical a partir de certa idade considerada socialmente “normal”, pode tornar-se alvo de comentários e objeto de preocupação por parte dos familiares, amigos e outros que têm acesso a essa informação. “Xixi na cama” soa aos ouvidos comuns quase como o ranger de uma porta aberta na hora errada” (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005, p.19).

Além disso, os anos passam e a experiência infantil da enurese pode retornar, posteriormente, subjacente à produção de outros sintomas como a timidez e dificuldades sexuais nos pacientes adultos, enuréticos tratados, por exemplo, na adolescência. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Na década de 90, várias publicações enfatizaram o rebaixamento da auto-estima como questão emocional relacionada à enurese.

Em pesquisa realizada com 52 crianças entre 5;0 e 11;0 anos, das quais 26 compunham o grupo experimental (com enurese) e 26 formavam o grupo controle, Semer (1999) concluiu que as crianças enuréticas são mais imaturas, apresentam fraca identidade, apreendem a realidade com mais distorção, percebem-se de modo fragmentado e apresentam comprometimento da auto-estima em função de dificuldades globais no desenvolvimento. Já as crianças do grupo controle apresentaram maior capacidade de recorrer às fantasias de modo construtivo e de nomear suas emoções, ou seja, mais recursos psíquicos.

Destaco que, em minha experiência clínica com crianças que apresentavam, simultaneamente, problemas de linguagem e enurese, nem sempre este último problema aparecia como queixa, espontaneamente, no discurso dos pais/responsáveis. Diversas vezes, durante a entrevista inicial, percebi que seus responsáveis mostravam-se bastante aflitos diante do fato das crianças acima de 3;0 anos ainda não controlarem o esfíncter vesical noturno. Na grande maioria dos casos, quando os mesmos referiam o problema, também afirmavam que os

pediatras que acompanhavam seus filhos não identificavam alterações orgânicas que justificassem o quadro enurético. Alguns já haviam recebido como resposta que esse quadro seria naturalmente superado.

Pachelli e Topczewski (2005) referem que se deve respeitar as individualidades, uma vez que cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento. Porém, de maneira geral, pude constatar que essa explicação não é satisfatória para os pais e o problema acaba por atingir a família como um todo, desencadeando até um sentimento de impotência perante a situação. Por outro lado, sabe-se que muitos ignoram o transtorno, o que acaba por intensificar o problema.

Retomando o tema desta pesquisa, desde o início subsidiada pela literatura psicanalítica, recorro a Safra (2006), que afirma “que o ser humano é um ser incompleto e que seu corpo é um corpo furado” (SAFRA, 2006, p.71). De acordo com o autor, todas as concepções sobre a necessidade do outro e sobre a questão do desejo são derivadas dessa perspectiva.

Nas suas primeiras publicações psicanalíticas (entre 1893 e 1898), Sigmund Freud viu-se às voltas com a questão da etiologia e da classificação das doenças psíquicas, inaugurando a Psicanálise através da descoberta do caráter simbólico dos sintomas, nos quais o excesso de energia psíquica é descarregado no corpo.

Kelly (2004) refere que, na medida em que é tecido a partir do desejo do sujeito, de sua história e de circunstâncias da sua biografia, o sintoma é uma produção pessoal indicativa de conteúdos, e apresenta-se como uma possibilidade de defesa para este sujeito. Assim sendo, o sintoma pode ser comparado a uma “bússola”, um sinal. Nasio (1999), por sua vez, refere que sintomas surgem a partir de um impulso reprimido (recalcado) e em situações em que ações não ocorreram.

Em se tratando de crianças pequenas, o sintoma geralmente é corporal e comparece como uma resposta que se tece no contexto dado pela rede simbólica que o sustenta. (JERUSALINSKY e BERLINCK, 2008)

Nessa direção, Selaibe (2004) afirma que, diante da falta de recursos psíquicos mais elaborados, o corpo age como um pára-raios, pois é condição natural

do princípio da vida humana lançar mão dos órgãos e suas funções para se livrar de vivências de frustração e desprazer.

Além disso, na perspectiva psicanalítica freudiana, os sintomas da criança estão ligados ao trânsito das pulsões parciais. A expressão “pulsão parcial”

designa os elementos últimos a que chega a psicanálise na análise da sexualidade. ... O termo “parcial” ...deve ser sobretudo tomado num sentido genético e estrutural: as pulsões parciais funcionam primeiro independentemente e tendem a unir-se nas diversas organizações libidinais. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p.402)

Introduzido por Freud desde a primeira edição de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), o conceito de pulsão parcial está em correlação com o de conjunto, de organização. De acordo com o autor, as pulsões parciais da sexualidade compõem-se de contribuições vindas das fontes internas da excitação sexual, além das zonas erógenas do corpo.

Para Freud (1905/1989), a característica da vida sexual infantil é o auto-erotismo, e a satisfação sexual da criança é proveniente de diversas fontes. Na infância, a excitação sexual se origina, por exemplo, como formação consecutiva a uma satisfação experimentada em conexão com outros processos orgânicos, assim como a partir de um estímulo periférico às zonas erógenas. Em síntese, ao elaborar a noção de zona erógena a partir de um referencial anatomofisiológico, o autor atribuiu erogeneidade a todas as partes do corpo e a todos os órgãos internos.

Prosseguindo, Freud (1905/1989) introduz a idéia de “sedução materna”, a partir da qual a mãe, ou aquele que cumpre esta função, erogeneiza o bebê através de seus cuidados. Isto faz com que esta “ação de sedução” faça com que o bebê fique totalmente dependente daquele que lhe proporciona uma fonte de excitação sexual inesgotável e satisfação das suas zonas erógenas. Consequentemente, despreparada enquanto sujeito, a criança vive uma forte tensão libidinal que não consegue administrar. Assim sendo, a finalidade sexual do instinto infantil consiste em fazer surgir a satisfação pelo estímulo apropriado de uma zona erógena

escolhida, e, por isso, o funcionamento orgânico está submetido aos instintos sexuais. A sexualidade surge, então, apoiada nas funções corporais.

Tal situação de dependência introduz a questão do desamparo como influência decisiva tanto na fundação como na estruturação do psiquismo, que é constituído totalmente na relação com o outro. Mas essa ação é impossível de ser simbolizada, por ocorrer em um período anterior à fala da criança. Além disso, uma vez que a sedução inicial tem caráter erótico, aqui se aproximam: erotismo, desamparo e sexualidade. (FREUD, 1905/1989)

Revisando a teorização da angústia e suas relações na formação de sintomas, Freud conclui que o perigo da castração (principal motivo da dissolução do Complexo de Édipo) é o referente central de toda formação sintomática. O autor relaciona o sintoma ao sentimento de desamparo, e refere que todo sintoma tem dois aspectos: expressão de um processo defensivo e formação substitutiva. (FREUD, 1926/1988)

Isto porque, na perspectiva psicanalítica freudiana,

A concepção freudiana de sintoma aponta para a dimensão da subjetividade, na medida em que traz em si uma mensagem do conflito individual e familiar do sujeito humano, assim como social, já que a construção do psiquismo se dá no entrelaçamento da pulsão e da cultura. (MENEZES, 2008, p.78)

Partindo do pressuposto que em todo e qualquer sintoma há alguma mensagem encapsulada a ser decifrada, confesso que a minha busca de entendimento sobre as marcas corporais nos diferentes momentos da infância (antes e depois da trama edípica) foi se intensificando cada vez mais. Ao assumir que a função psíquica dos sintomas precisa ser compreendida, novamente recorro a Cunha (1997, p.49), que afirma que “tanto na presença como na ausência de disfunções somáticas, a dimensão psíquica não pode ser desprezada, isto é, o sintoma também precisa ser considerado como uma linguagem.”

A propósito, certa vez, recebi em meu consultório a mãe de um menino que havia sido encaminhado pela escola, para avaliação fonoaudiológica. Foi a partir deste caso clínico que o tema desta pesquisa delineou-se, pois iniciada a terapia fonoaudiológica, os problemas de linguagem iam se reduzindo consideravelmente, enquanto o quadro enurético persistia, configurando queixa materna recorrente.

Diante da complexidade e das situações desafiadoras que encontrei no contato com esta criança (sua biografia e suas diversas co-ocorrências sintomáticas) lembrei-me de Borges (2004) ao sugerir que a leitura anatomopatológica dos fenômenos deve ser articulada com a história singular de cada sujeito. Nessa época, passei a questionar sobre a possível existência de relações entre essas co-ocorrências.

E assim foi escolhido o tema desta pesquisa, cuja concepção de linguagem adotada articula o funcionamento simbólico ao funcionamento psíquico, e, portanto, considera a linguagem constituinte do sujeito em sua singularidade. (PALLADINO, 2004; PALLADINO, CUNHA e SOUZA, 2004, 2007; JERUSALINSKY, 2007)

Iniciado o projeto de mestrado, observou-se, na revisão bibliográfica preliminar, que há uma grande quantidade de material referente à enurese propriamente dita a partir de diferentes abordagens teórico-práticas, e o mesmo ocorre com relação aos problemas de linguagem oral. Porém, constatou-se que a literatura referente às possíveis relações entre problemas de linguagem oral e enurese é bastante escassa, o que intensificou a pesquisa bibliográfica.

Font (1985) levantou a hipótese da existência de associação entre enurese e dificuldades, atrasos e transtornos na área da linguagem. Afirmou que os problemas de linguagem constituem um fator de risco para o re-aparecimento da enurese. Nesse trabalho, o autor referiu os estudos de Michael e Goodman (1934) relacionando a enurese à sucção do polegar, às dificuldades de linguagem, à onicofagia e aos ataques de cólera. Também citou Hallgren (1957), que associou a enurese à encoprese, à imaturidade afetiva, ao sono profundo e aos transtornos de linguagem.

O mesmo autor (Font, 1987) em pesquisa subsequente realizada com 1228 sujeitos, confirmou a associação entre a enurese secundária¹ e dificuldades, atrasos e transtornos de linguagem manifestos numa ampla variedade de aspectos linguísticos: raciocínio verbal, capacidade de leitura, domínio da ortografia e alterações da fala (desvios fonológicos, alterações de fluência, lentidão ao falar e dificuldades globais de expressão). Para ele, a enurese secundária é uma resposta regressiva e inconsciente a situações ambientais adversas, as quais causam momentos de grande frustração e incapacidade de adaptação da criança. Sendo assim, afirmou que as dificuldades, atrasos e transtornos da linguagem em seus dois vértices (linguagem oral e gráfica) apresentam uma estreita associação com a enurese secundária. Por outro lado, o grupo de enuréticos primários estudados não apresentou qualquer grau de interdependência com aspectos relevantes da linguagem. Assim, o autor concluiu que a correlação estabeleceu-se somente nos enuréticos secundários. Não foram encontradas diferenças entre o grupo de enuréticos primários e o grupo controle em quaisquer das variáveis linguísticas analisadas.

Rodrigues (1997) enunciou e descreveu a Síndrome Clínica da Infância, cujos principais sintomas são representados por disfonia, enurese noturna, genuvalgo e maloclusão dentária, os quais têm como substrato fisiopatológico a hipotonia muscular e/ou a frouxidão de ligamentos.

Segundo este autor, tais crianças apresentam atraso no aparecimento da fala e/ou dificuldades na aquisição das consoantes líquidas, tendência a substituir o /b/ por /m/, tendência ao sigmatismo, protrusão da língua na produção dos fonemas /t/ e /d/, deglutição atípica, esforço na produção vocal, ressonância gutural, timbre de voz áspero, intensidade vocal sem modulação de volume, alteração da coordenação pneumo-fono-articulatória, tendência a manter a boca aberta, tempo fônico encurtado, utilização de ar de reserva para a fonação, palato em ogiva, protrusão

¹ “A enurese pode ser primária (neste caso, caracteriza-se pelo atraso na manifestação do controle esfinteriano geralmente quando a criança passa dos cinco anos e nunca teve um período de controle prolongado), ou secundária (quando aparece ou reaparece após um intervalo de duração mais ou menos longa de higiene organizada). Na enurese secundária, a criança esteve sem se molhar durante pelo menos seis meses, sem interrupção. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993, PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

das arcadas dentárias. Prossegue, elencando sintomas quanto à alimentação, tais como: rejeição a alimentos sólidos, tendência a mastigar e não deglutir, dificuldades no controle automático da salivação e tendência a comer com a boca aberta. Além disso, manifestam dificuldades motoras e evitam atividades que exijam esforço muscular, pois se cansam facilmente. Associa essas dificuldades a problemas especialmente nos pés, pernas, ombros, braços, punho e coluna vertebral, diminuição de intensidade de resposta dos reflexos tendinosos profundos, corrida desajeitada, desvio dos globos oculares e esclera de tonalidade azulada (de maneira difusa ou em pontos localizados).

Contudo, na vertente psicanalítica, tanto problemas de linguagem oral como a enurese são sintomas pulsionais, ou seja, têm origem no corpo mas seu destino é psíquico, e apresentam como função a tentativa de solucionar algum conflito. Nessa perspectiva, Hacker (2004, p.1) refere-se ao sintoma como “um signo com uma significação simbólica, que sempre diz respeito a um conflito, o qual se esconde para não se conectar com a angústia... um indício de uma satisfação pulsional interceptada.”

Com relação aos aspectos emocionais envolvidos nos sintomas infantis, Ajuriaguerra (1980) recomenda que se procure compreender como os problemas se manifestam e também o sofrimento psíquico que os mesmos acarretam aos pacientes. No caso específico da enurese, o mesmo autor sugere que o sentido da desorganização do controle da micção precisa ser bem compreendido do ponto de vista bio-psíquico, uma vez que, ainda que o controle esfinteriano dependa, inicialmente, do sistema anatomofisiológico (o qual está apto a funcionar após um período de maturação) e de normas culturais, esse controle também está associado à evolução funcional da libido (devido ao caráter erótico da região dos orifícios corporais). Afirma também que se deve articular os elementos a fim de efetuar uma avaliação que permita saber, por exemplo, se os sintomas são de natureza transitória, se existem regressões pulsionais, e quais as reações dos pais aos mesmos.

Gurfinkel (2001) aponta a configuração familiar como um fator bastante significativo na sintomatologia da criança, o que pode ser exemplificado na

afirmação de Dolto (1998, p.87): “o humano não é redutível a seus vínculos biológicos. É na cultura e na linguagem que as relações se tornam estruturantes”.

Nessa mesma direção, Levin (2002) afirma que as leis da linguagem são as mesmas leis do inconsciente, já que esta é constituinte do universo simbólico. Isto porque, conforme afirmou Freud (1930/1988), a espécie humana sempre terá que lidar com a questão de uma energética pulsional que, além de marcar a sua relação com o outro (quem quer que seja este outro), determinará as características dos laços sociais, “colorindo” a subjetividade.

Ainda nessa vertente, recorro a Eliacheff (1995), que afirma que a linguagem organiza, instala, modifica e desloca condições do funcionamento do corpo biológico e do psiquismo.

Portanto, levando-se em conta que a constituição subjetiva se dá a partir de uma sustentação simbólica, e assumindo-se que tanto a enurese quanto os problemas de linguagem oral revelam conteúdos subjetivos, levanta-se a seguinte questão: que valor simbólico teria tal co-ocorrência sintomática para essas crianças?

Além disso, levando-se em conta o caráter erógeno da região dos orifícios corporais e considerando-se que, na infância, a criança encontra satisfação no próprio corpo, de que maneira os problemas de linguagem oral e enurese estariam relacionados ao desenvolvimento da sexualidade infantil?

Portanto, diante do que foi exposto, este estudo tem como objetivo identificar e analisar possíveis relações entre problemas da linguagem oral e enurese² em crianças, numa abordagem bio-psíquica.

No capítulo 1, a enurese será apresentada em seus aspectos históricos, médicos, sociais e psíquicos. O capítulo 2 oferecerá contribuições a respeito da tríade enurese, linguagem e psicanálise. O capítulo 3 apresentará o método, e capítulo 4 apresentará os resultados e discussão. Na sequência, serão tecidas as considerações finais.

² Os problemas de linguagem oral e a enurese serão tratados aqui como co-ocorrências sintomáticas que demandam intervenções clínicas, configurando-se como marcas corporais.

CAPÍTULO 1 - A ENURESE: ABORDAGEM BIO-PSICO-SOCIAL

A palavra “enurese” origina-se do grego *enoureein*, e significa “fazer água”. Trata-se de um tema tradicionalmente abordado pela Pediatria, Urologia, Psiquiatria, Psicologia, e Psicanálise.

Por tratar-se de um fenômeno associado a condições bio-psíquicas, o seu estudo pode partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas e, apesar da ampla bibliografia existente, observa-se que não se chegou a uma noção consensual a seu respeito. Além disso, os trabalhos publicados apresentam muitas discrepâncias com relação às variáveis relacionadas ao transtorno enurético: em relação à idade em que a criança passa a ser considerada enurética e à variedade metodológica utilizadas nos estudos sobre diferentes populações. (GARCÍA, 2006)

Ao redor dos 2;0 anos, muitas crianças já referem sensação de bexiga cheia e desejo de urinar durante o dia, época em que a mãe costuma deixar de colocar a fralda diurna, apesar de manter a noturna. O controle esfinteriano vesical noturno deve ocorrer entre 2;0 e 5;0 anos, sendo que a maturação do sistema nervoso de algumas crianças já pode estar completa aos 3;0 anos. Consensualmente, considera-se que a partir dos 5;0 anos a maioria das crianças já deve apresentar o controle noturno de urina. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais, predisponentes, desencadeantes e mantenedores interferem diretamente no controle esfinteriano vesical, assim como na superação do quadro enurético. Cabe ressaltar que, geralmente, os enfoques biológico e psicodinâmico a respeito da enurese tendem a ser dicotomizados. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; GARCÍA, 2006)

Ao longo da história, observa-se que as normas sociais e culturais em relação ao controle dos esfíncteres nas crianças são bastante variáveis.

O estudo da maior parte das sociedades primitivas mostra que o tratamento da enurese era feito por meio do condicionamento, apelando-se para o medo ou o constrangimento da criança. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Um dos primeiros documentos que revelam a preocupação dos egípcios com a enurese é o Papiro de Ebers (1500 AC), uma das fontes mais antigas da medicina, que contém uma fórmula para o tratamento, feita à base de cana-de-açúcar. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Achados do Império Bizantino relatam a maior frequência da enurese em crianças do sexo masculino. (WHAREN, 2008)

Na Idade Média, o dia 25 de novembro foi dedicado à Santa Catarina de Alexandria, auxiliadora dos enuréticos. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

O primeiro livro sobre enfermidades infantis, de autoria de Paulus Bagellardus, foi publicado em Pádua/1472, e o capítulo 20 intitula-se: “Sobre a incontinência urinária e o molhar a cama”. Já em 1554, Thomas Phaer publicou, na Inglaterra, o livro “Booke of chyl dren”, o qual continha um capítulo dedicado exclusivamente ao tema. (WHAREN, 2008)

No século XVII, Jean-Loius Petit (1674-1750) distinguiu três tipos de enurese: a dos preguiçosos para se levantar da cama, a dos que dormem tão profundamente que a sensação que antecede a vontade de urinar não é suficientemente forte para despertá-los e a dos que sonham que estão urinando. No século XVIII, os elementos mágicos tendem a desaparecer da farmacopéia, a teoria dos humores deixa de ser aplicada a todos os problemas e as teorias anatômicas passam a influenciar mais a prática médica. Em 1799, P. J. Desault escreveu sobre o tema em seu “Tratado das enfermidades das vias urinárias”. (GARCÍA, 2006)

Nessa época, Thomas Dickson relata o uso de ventosas na região sacra dos enuréticos para o controle dos sintomas. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; WAHREN, 2008)

No século XIX, a pediatria é reconhecida como especialidade médica. A enurese ocupa diversas publicações nessa área, e algumas das terapêuticas recomendadas nessa época se mantêm em uso nos dias de hoje. (WHAREN, 2008).

Em 1870, Trousseau descreveu um “compressor da próstata” indicado para os casos de enurese associados à masturbação, uma vez que nesse período

histórico o puritanismo vitoriano predominava. No final desse século, teve início o uso da estimulação com corrente galvânica na região genital dos enuréticos. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005).

Nessa mesma época, a rigorosa disciplinarização dos corpos das crianças fazia com que fossem treinadas a evacuar e o urinar no vaso após serem amamentadas, desde o seu terceiro dia de nascimento. (GARCÍA, 2006)

No início do século XX, introduzia-se uma vela de metal na bexiga e descarregava-se a corrente galvânica até o limite da tolerância, como tratamento do enurético. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005).

Em 1918, Brazelton afirma que as meninas adquirem o controle da bexiga 2,46 meses mais cedo do que os meninos. (BRAZELTON, 1994 *apud* FERREIRA, 2004)

No início desse mesmo século, houve entusiasmo com o uso da cocaína injetável ou em solução. Em 1938, Mowers desenhou o primeiro alarme para o tratamento da enurese, que despertava a criança sem descargas elétricas. Nas primeiras décadas, também foram eleitas drogas para o tratamento (beladona, atropina e efedrina, e, posteriormente, metil testosterona e dextroanfetamina). Nos anos 60, a introdução de antidepressivos tricíclicos mostrou-se efetiva. (WAHREN, 2008).

Na década de 60, a imipramina foi o primeiro medicamento distinto de um placebo para o tratamento da enurese, e a partir dos anos 80, surge a desmopressina. A associação entre desmopressina e o alarme, desde então, são os tratamentos mais utilizados para crianças maiores de 7;0 anos. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Aos poucos, pais e educadores passam a ser menos exigentes, mais tolerantes com os insucessos e incentivadores das conquistas de seus filhos, e, entre os anos 50 a 70, auge dos tratamentos psicanalíticos, a enurese passou a ser considerada um transtorno de etiologia basicamente psíquica. (FERREIRA, 2004)

Partindo-se do pressuposto que todo estado orgânico tem uma representação mental, que é subjetiva (García, 2006), a partir desse momento, a enurese tende a ser abordada em seus aspectos bio-psico-sociais.

CLASSIFICAÇÃO DA ENURESE

A enurese pode ser classificada de acordo com a frequência, o ritmo nictêmico³ e a aquisição do controle esfinteriano.

Conforme a frequência, a enurese pode ser cotidiana, intermitente ou irregular (mais frequente em crianças maiores de 8;0 anos). (AJURIAGUERRA, 1980)

Segundo o ritmo nictêmico, a enurese divide-se em: diurna isolada (mais comum em meninas até os 9;0 anos, ocorre em geral nas primeiras horas da tarde durante o período escolar e pode estar associada a quadros de infecção do aparelho urinário, persistindo mesmo após a cura da infecção), noturna isolada (é a mais frequente, ocorre geralmente durante o primeiro terço da noite, durante o estágio do sono de movimentos oculares rápidos - REM) ou ainda diurna-noturna, em casos combinados. (AJURIAGUERRA, 1980)

Quando diurna e noturna, provavelmente está associada a quadros de: infecção urinária, urgência miccional, incontinência urinária, encoprese (perda fecal involuntária após os 4;0 anos, sem justificativa), obstipação intestinal, bexiga com capacidade pequena ou alterações neurológicas. Neste contexto, o quadro é denominado enurese polissintomática ou complicada. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Dependendo da aquisição do controle esfinteriano, a enurese pode ser descrita como “primária” ou “secundária”, quadros distintos em evolução e superação. Fala-se em enurese primária quando há atraso na manifestação do

³ Nictêmero – do grego *nykthémeron*, uma noite e um dia. Espaço de tempo que compreende um dia e uma noite. (FERREIRA, A.B.H., 1986, p.1193)

controle esfinteriano, geralmente quando a criança já passa dos cinco anos e nunca teve um período de controle prolongado. É o tipo de enurese mais frequente, correspondendo a 90% dos casos. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Lluís (1993) afirma ser este um fenômeno aleatório, dependente de variáveis biológicas relativamente independentes do meio, que aparece igualmente em todas as classes sociais e não apresenta qualquer relação com os transtornos de linguagem.

A enurese secundária, por sua vez, aparece quando a criança já adquiriu o controle da urina por pelo menos seis meses, mas repentinamente voltou a perder urina durante o sono, geralmente após eventos traumatizantes ou momentos de impacto/estresse, como por exemplo: separação dos pais, nascimento de um irmão e ainda mudança de escola. Trata-se de uma questão biológico-comportamental. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; DIMITRIOU *et al.* 1977 *apud* GARCÍA, 2006)

A enurese secundária mostra maior incidência nas classes sócio-econômicas baixas, é mais frequente em sujeitos disléxicos e apresenta incidência muito variável em função de problemas emocionais e ambientais de diferentes origens, e deve ser considerada uma linguagem, uma forma de resposta (talvez regressiva) a alguma ameaça sofrida pela criança, pois quanto mais conflitos ela vive maior a probabilidade de que este sintoma apareça. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; DOLTO e HAMAD, 1998; DOLTO, 1999)

ASPECTOS BIOLÓGICOS DA ENURESE

Diversas teorias têm como proposta explicar porque uma pessoa normal pode esperar até horas com a bexiga cheia, enquanto o enurético tem uma necessidade imediata de esvaziá-la.

Muitas vezes ocorre uma indiferenciação entre a enurese (micção completa, involuntária e inconsciente) e a incontinência urinária (emissão involuntária, porém consciente, ainda que o indivíduo tente retê-la). A incontinência urinária geralmente decorre de causas orgânicas, neurológicas ou urológicas, associadas à presença de alguma lesão orgânica específica, alteração mecânica, nervosa ou inflamatória (AJURIAGUERRA, 1980; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Para Sansó (1979), Ferreira (2004), Pachelli e Topczewski (2005), são diversas as explicações orgânicas para a enurese. Na literatura médica, 95 a 98% das crianças enuréticas têm uma defasagem no desenvolvimento de parte do sistema nervoso, relativa à regulação do mecanismo de funcionamento vesical. Causas orgânicas têm uma incidência que varia entre 2 a 5%, e a maior parte dos casos de enurese decorre de causas fisiológicas. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

A abordagem biológica do funcionamento urinário durante o sono aponta que aproximadamente metade do volume de urina produzido ao longo do dia é produzido durante a noite nos seres humanos, devido à secreção de vasopressina, um hormônio anti-diurético produzido pela hipófise posterior (localizada no sistema nervoso central). Esta produção é maior à noite, e tem como finalidade reduzir a produção de urina noturna pelos rins. A produção de urina noturna mais intensa do que a habitual é considerada um fator patogênico importante em aproximadamente dois terços dos pacientes enuréticos. O déficit da secreção de hormônio antidiurético durante o sono faz com que essas crianças produzam muita urina. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; GARCÍA, 2006)

A origem biológica da enurese primária está na menor produção da vasopressina durante a noite. Por outro lado, muitas crianças enuréticas apresentam um nível uniforme de vasopressina, mantendo a mesma quantidade tanto de dia como à noite; nesses casos, a produção da urina durante à noite pode ser igual ou ainda exceder o volume produzido durante o dia, o que faz com que a capacidade de armazenamento da bexiga seja ultrapassada. O resultado disso é a cama molhada ao despertar. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Aproximadamente 2/3 dos enuréticos primários superam o problema ao completar 10;0 anos, como decorrência do seu próprio amadurecimento, pois este fornece à criança a possibilidade de adquirir outros hábitos. (LLUÍS, 1993; GARCÍA, 2006)

Uma das formas de expressão da imaturidade fisiológica é o traçado eletroencefalográfico (EEG), que expressa a atividade bioelétrica cerebral.

A defasagem do desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central para a aquisição do controle urinário também sofrem influência da herança genética. Segundo Garcia (2006), qualquer criança enurética tem maiores probabilidades de contar com outros enuréticos na família. De acordo com Ferreira (2004), aproximadamente 75% das crianças enuréticas têm um parente biológico em primeiro grau que também apresenta o quadro. Pachelli e Topczewski (2005) referem que dois terços dos pais enuréticos poderão ter filhos com os mesmos sintomas, pois a transmissão genética da enurese é do tipo “autossômico dominante” (especialmente os cromossomos 8, 12, 13 e 22). A probabilidade da criança ser enurética é de 77% quando ambos os pais tiverem sido, e de 43% no caso de apenas um dos progenitores. Em não havendo casos de enurese na família, a probabilidade da criança manifestar o sintoma é de 15%.

Fatores urodinâmicos também podem justificar a enurese. Considerando os conceitos “Capacidade Vesical Máxima” (CVM – volume máximo de urina eliminado em uma só micção) e “Capacidade Vesical Funcional” (CVF - volume de urina a partir do qual começam as contrações do detrusor, músculo liso da parede da bexiga urinária, que desencadeia o desejo de urinar), Toro (1992 *apud* García, 2006) sintetizou, em 1992, que a maior parte dos enuréticos, quando comparada aos não-enuréticos, têm CVM inferior, urinam com maior frequência e têm CVF inferior. Porém, o autor refere que muitas crianças cuja capacidade vesical é reduzida não são enuréticas, ou apresentam somente episódios intermitentes.

Como há mecanismos neuromusculares implicados nos dois controles (vesical e anal), pode existir uma associação entre enurese e obstipação intestinal. (GARCÍA, 2006)

Em estudo relacionando a enurese e a amamentação, concluiu-se que a criança amamentada por mais do que três meses fica mais protegida da manifestação do quadro enurético na infância, pois a amamentação traria vantagens no que diz respeito à maturação neurológica e aspectos gerais do desenvolvimento infantil. (BARONS *et al.*, 2006)

Na opinião de Pachelli e Topczewski (2005), independentemente das causas biológicas, cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento e, portanto, a sua individualidade deve ser considerada na compreensão da enurese em cada caso particular.

Do ponto de vista neurológico a enurese é considerada uma parassonia⁴.

ASPECTOS PSÍQUICOS E SOCIAIS DA ENURESE

Ajuriaguerra (1980) acredita que a evolução da função esfinteriana da criança enurética deve ser compreendida a partir do quadro de evolução da sua personalidade e do meio cultural em que vive. O autor afirma que “personalidades enuréticas” podem diferir conforme o sexo, sendo que ambos podem apresentar ansiedade, pesadelos e terrores noturnos. Porém, García (2006) acredita não haver relação entre a enurese e a personalidade da criança. Uma vez que separar os fatores psíquicos dos sociais relacionados à enurese não é uma tarefa fácil, estes serão tratados aqui como “fatores psico-sociais”.

A idéia de se considerar a enurese uma etiopatogenia de origem afetiva recebeu influência significativa das contribuições psicanalíticas para a psiquiatria infantil. Além disso, crianças emocionalmente imaturas podem estar fixadas à fase oral da organização pulsional, e, conseqüentemente, ingerem mais líquidos, o que

⁴ Parassonia – termo que designa todo um conjunto de perturbações do sono – sonambulismo, insônia, terrores noturnos, etc. www.neurosono.com.br

faz com que apresentem alterações funcionais do eixo hipotalâmico visceral secundariamente. (FERREIRA, 2004)

Em certos casos, a imaturidade pode estar relacionada à evolução dinâmica da personalidade, devendo, portanto, ser compreendida através da dinâmica da evolução das pulsões, reações do mundo frente a estas pulsões, gratificações ou punições, além de satisfação ou insatisfação das necessidades. Do ponto de vista psíquico, a imaturidade pode ser: emocional (caracterizada pela inibição das reações emocionais), psicomotora e afetiva (refere-se a segurança-insegurança, dependência-independência, possibilidades (ou não) de emitir julgamentos prioritariamente intelectuais, possibilidades (ou não) de agir de maneira autônoma, possibilidades (ou não) de inibir reações emocionais, e ainda, ser (ou não) facilmente sugestível. A imaturidade afetiva pode ser uma disposição adquirida durante as fases iniciais de desenvolvimento, tratando-se de um fenômeno biológico (na medida em que representa um estado pelo qual a criança deve passar), mas também de um fenômeno social (já que o desenvolvimento da criança depende da influência do meio). (AJURIAGUERRA, 1980)

Nessa perspectiva, a falha do aprendizado nos quadros de enurese primária pode estar relacionada com o desinteresse ou passividade familiar, passividade da criança, reação da criança contra atitudes coercivas ou à falta geral de organização associada com a confusão da criança em meio conflitivo; neste caso, o sintoma é utilizado no plano da satisfação ou no plano da expressão. Muitas vezes, o stress tende a aumentar a ansiedade e agravar o quadro, e fatores emocionais geralmente são secundários à enurese noturna primária. Porém, situações, tais como: falecimento, divórcio ou separação na família, separação temporária da mãe, nascimento de um irmão, mudança de endereço/residência, internação hospitalar, acidentes e intervenções cirúrgicas são considerados fatores estressores e podem causar a enurese, especialmente se ocorrem até os quatro anos. Além disso, atitudes ou condutas familiares conflitivas também podem ser consideradas fatores desencadeantes. (LLUÍS, 1993; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; DIMITRIOU *et al.*, 1977 *apud* GARCÍA, 2006)

Na enurese secundária, frustrações mal-suportadas ou um abandono real também podem relacionar-se a um comportamento regressivo, correspondendo assim a um estado de dependência, complacência ou erotização regressiva. (AJURIAGUERRA, 1980)

Alguns autores acreditam que uma aprendizagem tardia favoreça a aparição da enurese, enquanto que outros apostam na aprendizagem precoce, mas há ainda os que são indiferentes com relação à idade em que o controle esfinteriano é proposto. Dolto (1999) refere que, para agradar às mães, muitas crianças passam a controlar o esfíncter antes do amadurecimento de seu sistema nervoso.

Há crianças que ficam muito assustadas com a pressão dos pais ou sentem-se culpadas por urinar na cama. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

É frequente a criança enurética deixar de frequentar a casa de amigos, e essa frustração cria uma lacuna na sua vida social, podendo trazer consequências por muitos anos. O desconforto de ter que acordar a criança de madrugada na tentativa de que ela faça xixi no banheiro e não na cama, ao trabalho de se lavar e passar os lençóis diariamente ou à necessidade de se comprar um outro colchão em função do mau cheiro, resulta em um jogo de “empurra-empurra” de culpa que causa uma grande pressão psicológica. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Apesar da relação entre a enurese noturna e a classe econômica da criança não ser considerado um fator suficiente, a enurese costuma ocorrer com maior frequência entre filhos de famílias mais numerosas. (GARCÍA, 2006)

Filhos de mães mais jovens e de mães que trabalham fora têm maiores probabilidades de se tornar enuréticos (NILSSON *et al.*, 1973 *apud* GARCÍA, 2006)

Apesar de não implicar em riscos para a vida e, na maioria dos casos, resolver-se espontaneamente, a persistência do quadro enurético enfraquece a auto-imagem e afeta negativamente a qualidade de vida e a auto-estima dessas crianças, colocando-as em risco de maus tratos físicos e emocionais. Como consequência, podem tornar-se tímidas, retraídas, envergonhadas e sentirem-se inferiores às outras crianças. (TRALLERO, 1969; SEMER, 1999; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; WAHREN, 2008)

Quando ocorre a remissão do quadro, é muito difícil saber o nível de comprometimento emocional da criança. (WHAREN, 2008)

De acordo com Oliveira (1987), há pais de crianças enuréticas que não relacionam o problema a conflitos emocionais e/ou afetivos dos seus filhos.

TRANSTORNOS ASSOCIADOS À ENURESE

Pode haver relação entre a enurese e outros sintomas, tais como: a encoprese (Hallgren, 1957 *apud* Ajuriaguerra, 1980; Lluís, 1993); transtornos do sono (Hallgren, 1957 *apud* Ajuriaguerra, 1980; Lluís, 1993; Haurí, 1987 *apud* García, 2006); a imaturidade (Hallgren, 1957 *apud* Font, 1985; Ajuriaguerra, 1980; Lluís, 1993; Dolto e Hamad, 1998; Ferreira, 2004; García, 2006); problemas de linguagem (Hallgren, 1957 *apud* Font, 1985; Ajuriaguerra, 1980; Font, 1985,1987; Lluís, 1993; Rodrigues, 1997; Dolto e Hamad, 1998; Dolto, 1999,2007); transtornos psicossomáticos (Lluís, 1993); hipercinesia (Lluís, 1993; Pachelli e Topczewski, 2005); timidez, insegurança e baixa auto-estima (Trallero, 1969; Semer, 1999; Ajuriaguerra, 1980; Pachelli e Topczewski, 2005); agressividade, desobediência (Ajuriaguerra, 1980; Lluís, 1993); sucção do polegar (Hallgren, 1957 *apud* Font, 1985; Lluís, 1993); tics, espasmos e choro (Lluís, 1993); enxaqueca (Pachelli e Topczewski, 2005). Quadros de lesão cerebral aparecem em enuréticos primários e não em secundários, a não ser que sejam disléxicos. (Lluís, 1993)

Psiquiatras experientes referem que o índice de queixas de problemas sexuais na idade adulta é maior em pacientes que foram enuréticos na infância/adolescência, do que em pacientes não enuréticos. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

A associação entre a enurese e os transtornos do sono apresenta controvérsias. Após a década de 80, demonstrou-se que crianças enuréticas não apresentavam padrões de sono ou despertar diferentes das crianças não enuréticas. (MELLO, 2000; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Porém, muitas crianças queixam-se de não conseguirem dormir bem por ficarem preocupadas, não querem molhar a cama novamente, e, conseqüentemente, seu sono torna-se mais leve, o que compromete o seu estado físico e emocional. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

PREVALÊNCIA DA ENURESE

Com base nos dados fornecidos pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), cerca de 3 milhões de crianças apresentam enurese noturna, mas não há um número exato por falta de estudos epidemiológicos específicos ao tema na população brasileira. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Segundo Mello (2000), a prevalência é maior em crianças institucionalizadas, de nível sócio-econômico e cultural inferiores, em primogênitos, e filhos de pais enuréticos.

Pachelli e Topczewski (2005) referem ser um hábito involuntário presente em todas as civilizações, de diferentes continentes, que atinge todas as classes sociais, sendo mais frequente nas classes menos favorecidas. A frequência da enurese infantil é maior no sexo masculino, na razão de 3:2, e a distribuição na adolescência é semelhante para ambos os casos. A estimativa é de que 15% das crianças na idade de 5;0 anos apresentem enurese noturna, cifra que diminui progressivamente à medida que os anos passam. Além disso, a manifestação em adolescentes e adultos varia de 0,5% a 2%, casos em que dificilmente este assunto é abordado fora do consultório.

DIAGNÓSTICO DA ENURESE

A enurese deve ser diagnosticada a partir da anamnese/história clínica e exame físico do paciente. Quando necessário, são solicitados exames

complementares específicos (Mello, 2000; Pachelli e Topczewski, 2005; García, 2006) e, na opinião de Mello (2000), o paciente deve participar da discussão.

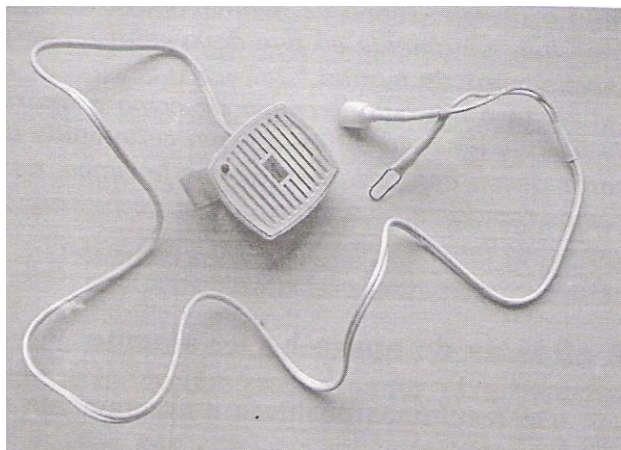
TRATAMENTO DA ENURESE

Consultando-se diversas fontes bibliográficas, conclui-se que não há um tratamento específico para a enurese, mas pode-se curar ou melhorar o quadro da maioria das crianças com critério e respeitando o seu próprio ritmo. Observa-se que esta marca corporal deve ser avaliada levando em consideração os contextos fisiológico, familiares, afetivos, sociais e cognitivos.

Existem várias modalidades de tratamento, mas em muitos casos, ocorre a remissão espontânea do quadro. O tratamento deve ser requerido pelos pais e pelo paciente e nunca imposto, pois a participação ativa do sujeito é fundamental. De qualquer maneira, à medida em que é tratada, o alívio automaticamente é compartilhado com os familiares. (MELLO, 2000; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; GARCÍA, 2006)

O momento de se procurar o tratamento depende tanto das condições emocionais da criança como de variáveis relacionadas à família, mas geralmente a criança é tratada após os cinco anos. Mudança de hábitos, adoção de comportamentos motivadores, medicamentos (a imipramina, e especialmente a desmopressina (DDAVP), que reduz a incidência da enurese em até 70%), o condicionamento por alarme, a terapia psicológica e a orientação familiar são os procedimentos mais frequentes (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005). A administração do hormônio vasopressina é uma das condições necessárias, mas nem sempre os pacientes respondem adequadamente. (GARCÍA, 2006)

Figura 1 - Alarme para o tratamento da enurese⁵



Os pais devem evitar atitudes, gestos ou palavras repressores, assim como um estado de preocupação excessiva e ansiedade com relação à criança. Devem conversar com ela sobre o problema, a fim de pensarem juntos na sua superação, e jamais voltar a colocar fraldas para evitar um estado emocional regressivo. Nunca culpar a criança ou sentirem-se culpados. (DOLTO, 1999; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Uma vez que a Psicanálise parte da experiência clínica por meio de estudos de casos, o conhecimento sobre alguns casos clínicos de enurese (especialmente do tipo secundária) produzido nessa área é relevante. (GARCÍA, 2006)

De maneira geral, os psicanalistas alertam quanto aos efeitos perniciosos da educação esfinteriana de forma rígida e precoce (DOLTO e HAMAD, 1998; DOLTO, 1999; FERREIRA, 2004).

⁵ O aparelho é movido à pilha e colocado como um relógio no pulso do paciente, preso por um fio e um clipe à sua calcinha ou cueca. O sistema de alarme vibratório não faz barulho, mas nem sempre é percebido pela criança. 70 a 80% de sucesso com o uso contínuo de 6 a 8 semanas são os resultados apresentados. A adaptação depende da idade do paciente, da sua aceitação, da utilização adequada, mas, muitas vezes, o ruído incomoda os familiares ou quem dorme mais próximo do paciente, que em muitas situações nem acorda com o barulho ou a vibração, ou ainda apresenta mais de um episódio por noite. Nem todos se adaptam ao uso do alarme. Atingindo 90% das noites secas considera-se o paciente curado. (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Para Dolto e Hamad (1998), a criança que se sente compreendida em relação aos seus desejos, assim como nas questões ligadas à sua sexualidade, torna-se mais motivada e acaba controlando os seus esfíncteres.

Devido à complexidade e pertinência dos estudos psicanalíticos, a enurese, a partir desta perspectiva, será abordada no próximo capítulo. Para tal, foram selecionados alguns autores de relevância na área, e suas respectivas contribuições a respeito do tema.

CAPÍTULO 2 – ENURESE, LINGUAGEM E PSICANÁLISE

Desde a publicação de sua tese “Psicanálise e pediatria”, em 1939, Françoise Dolto relata numerosos casos clínicos de crianças enuréticas analisados por ela no período da guerra. De acordo com a autora, muitas crianças sentiam-se humilhadas ao tomar conhecimento de que os seus pais haviam se tornado prisioneiros de guerra, cenário que abrandou a severidade educativa existente ao longo da história com relação ao controle esfincteriano.

Para mostrar a vocês como era o agir da linguagem: por exemplo, a criança cuja mãe era informada de que o pai estava preso. Já há um bom tempo não se recebiam notícias, papai estava na guerra, e de repente ficava-se sabendo que ele tinha sido preso. Pois bem, nos hospitais de Paris, do dia para a noite, na semana em que chegaram notícias de todos esses prisioneiros, os atendimentos de crianças, ditos neuropsiquiátricos, receberam bruscamente uma grande quantidade de meninos de cinco a dez, onze anos, que voltaram a fazer xixi na cama. Aí temos o efeito psicossomático de sentir vergonha de um papai que deveria ter se deixado matar. (DOLTO, 1999, p.5)

Tal comoção repercutia no somático da criança, que, para sobreviver a rupturas e traumatismos, era obrigada a regredir em sua história até a época em que o seu pai não tinha qualquer prestígio. A regressão pela negação do sofrimento afetivo demonstrava um funcionamento perturbado da região da bacia, e, portanto, o não engajamento dessas crianças na sua vida genital.

Diversos textos freudianos apresentam o aparato sexual das crianças como uma zona erógena que se organiza para a futura primazia da zona genital. É esse aparato que ativa o aparelho urinário, ainda que não completamente desenvolvido: “A descoberta do inconsciente por Sigmund Freud traz um novo olhar sobre a criança, sobre a infância, sobre a constituição do sujeito e seus avatares.” (FERREIRA, 2004, p.21)

Em obra de 1895, Freud propõe a idéia de um desamparo inicial do bebê, o qual se apresenta cada vez mais como o horizonte da própria existência humana e do funcionamento psíquico. O autor preocupa-se em compreender o impacto do meio sobre o organismo e a reação deste sobre o meio, assumindo que a condição de dependência passiva dos cuidados do outro, que “traduz” e promove as necessidades do recém nascido, é o que coloca fim ao aumento da sua excitação pulsional. Em obra de 1896, Freud considera que tanto traços como marcas psíquicas estariam vinculados a experiências traumáticas de conteúdo sexual; além disso, alguma excitação de natureza conflitiva ou sexual estaria por trás dos sintomas e, conseqüentemente, o crescimento da excitação pulsional sexual advinda do corpo já seria uma referência ao desamparo psíquico. Nesta mesma obra, o autor mostra, por meio da relação da criança com o adulto, que o desamparo coloca o ser humano à mercê de outro, numa posição de dependência passiva. (MENEZES, 2008)

Em 1900, Freud apresenta várias indicações sobre a importância da urina e do erotismo uretral para as crianças, descrevendo o orgulho que a criança costuma apresentar ao urinar (por exemplo, nos jogos de competição sobre quem urina mais longe entre indivíduos do sexo masculino). Refere que o significado da urina tem relação com a oferta de amor, e por isso a criança pode apresentar resistência para renunciar a este prazer auto-erótico. Nessa perspectiva, a enurese seria a repetição de uma forma de gratificação infantil.

De acordo com Freud (1905/1989), desde bebê, a criança experimenta sensações bastante prazerosas na região do corpo responsável pela micção. A importância do erotismo uretral aparece em diversas obras freudianas, uma vez que o erotismo uretral é importante para a constituição da sexualidade e pode estar associado a futuras manifestações neuróticas.

Na obra de 1907, Freud insiste em que as crianças devem ser esclarecidas sobre assuntos referentes à sexualidade. Em 1908, o autor traz um material muito importante sobre fantasias inconscientes da criança, enfatizando que as teorias infantis surgem de necessidades constitucionais psicosssexuais. Já em 1909, o autor reafirma a importância das teorias sexuais infantis e do complexo de castração na

compreensão dos sintomas psicopatológicos. Em 1915, o complexo de Édipo é justificadamente considerado o núcleo das neuroses, e alguns anos depois, Freud (1917b) iria explorar o que veio a chamar de equivalência simbólica, entre pênis, fezes, bebê, presente e dinheiro. Em 1915 e em texto de 1923 acrescenta elementos bastante importantes para a compreensão das neuroses, articulando o complexo de Édipo com o complexo de castração. Além disso, introduz a *fase fálica* no processo do desenvolvimento libidinal e descreve as organizações pré-genitais (nas quais as pulsões parciais estão centralizadas em torno de outras zonas erógenas, que não os genitais), a saber: oral, sádico-anal e fálica. A partir dos anos 20, Freud reafirma o complexo de Édipo como central para etiologia das neuroses, assim como para a estruturação da personalidade em geral (à medida que participa na constituição das instâncias psíquicas do superego e do ideal de ego) e também como fundamental para certos processos de identificação (operação pela qual o indivíduo humano se constitui). (GURFINKEL, 2001)

Em “Além do princípio do prazer” (1920/1988), o autor mais uma vez aborda a enurese infantil e sua relação com a sexualidade.

Freud (1926/1988) afirma que a maneira pela qual a função materna é exercida será determinante na constituição dos alicerces básicos para o funcionamento psíquico da criança. Uma vez que o estado de infância também é caracterizado pelo estado de desamparo motor, para que a criança se desenvolva bem, é de fundamental importância que ela tenha condições de enfrentamento tanto do desamparo motor como do desamparo psíquico. O aparecimento da angústia (*Hilflosigkeit*) surge como uma reação original do desamparo no trauma.

Com relação à questão do desamparo do sujeito no campo social, Freud (1930/1988) afirma que a relação entre o sujeito e a civilização é marcada por um mal-estar (*Unbehagen*), e que o sujeito humano é constituído na articulação com a sociedade, ou seja, o sujeito não se constitui apenas por seus meios, pois precisa da ajuda de um outro.

É nesse contexto que o antagonismo entre as exigências pulsionais e as restrições da civilização é abordado. (MENEZES, 2008)

A partir da publicação de seu famoso artigo “Sobre a conquista do fogo” (1932), o autor aborda o conflito que a dupla função do pênis apresenta: eliminar a urina e realizar o ato sexual que satisfaz as necessidades da libido genital. Este trabalho lançou as bases para as posteriores interpretações psicanalíticas da enurese noturna. (GARCÍA, 2006)

Dolto (1972) refere que a enurese é um sintoma que apresenta um papel diagnóstico relativo, pois além de não ter significação única, geralmente está acompanhado de regressão afetiva. De acordo com a psicanalista, as pulsões não encontram saída suficiente e este sintoma pode se modificar em outros muito mais regressivos, como, por exemplo, tiques, colite, insônia, instabilidade psicomotora e até mesmo gagueira. O quadro acaba por se complicar em função de sentimentos de culpa, e somente quando a criança voltar a uma situação edípica normal é que pode colaborar conscientemente para a sua remissão. Ainda assim, o seu desaparecimento não garante que a criança esteja curada de sua neurose.

Segundo a mesma autora, muitas vezes o xixi na cama significa que essas crianças querem continuar sendo crianças a maior parte do tempo - e não querem saber o que é genital – pois o seu aparelho genital permanece apenas um aparelho urinário. Seus órgãos genitais estão a serviço de um estado de necessidade. (DOLTO e HAMAD, 1998)

2.1 Enurese, medo e desejo

Crescer significa estar a caminho. Não mais me repetir na segurança de velhas imagens (...) Mas com isso eu também assumo o risco de me sentir inseguro, solitário, de me perder (...) Mas eu quero assumir o risco e não ficar parado. (ULRICH SCHAFFER, 1942, p.25)

Diversas vezes, constatei, na prática clínica fonoaudiológica, que o medo e a enurese também eram queixas referida pelos pais, além das relativas aos problemas de linguagem oral de seus filhos.

Portanto, considerando o tema dessa dissertação, e partindo da Psicanálise como eixo teórico para esta reflexão, serão abordadas as possíveis relações entre medo e enurese, partindo-se do estudo das fobias.

As fobias são incluídas no campo das psiconeuroses, nas quais alguma causa passada é reativada no tempo presente. (SCHVARTZMAN, 2008)

Freud trabalhou o tema da fobia em seus primeiros textos, mas ao longo de suas obras, este tema passou por diferentes abordagens: ora enquanto parte da neurose de angústia, ora ligada à histeria ou ainda como expressão de um sintoma presente em diversos quadros patológicos. (FREUD 1896/1980, 1905/1989, 1908/1988, 1909/1988)

Como figura clínica, a fobia tem como elementos principais duas emoções que fazem parte da vida cotidiana: o medo e a angústia. De acordo com Laplanche (1998, p.57), “todo medo aparente motivado teria, na realidade, um fundo de angústia, e toda angústia se revestiria, a prazo mais ou menos longo, com a máscara do medo”.

A mudança da terminologia de fobia para histeria de angústia acontece em um período em que Freud se dedicou a desenvolver a teoria da sexualidade. A histeria de angústia é o “termo introduzido por Freud tanto para isolar uma neurose cujo sintoma central é a fobia, como para sublinhar a sua semelhança estrutural com a histeria de conversão”. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p.212)

Como expressão simbólica de algum conflito psíquico, o sintoma fóbico é considerado uma histeria de angústia que se refere ao infantil sexual e recalcado, independente da idade de sua manifestação. No caso das psiconeuroses, a repressão (recalque) é a razão do acúmulo de excitação não descarregada. (FREUD, 1926/1988)

Freud distingue três tipos de fobias: no primeiro grupo estão os medos de objetos ou situações que trazem em si algum perigo e são temidos pelas pessoas em geral (ex: fobia por cobras); no segundo grupo, a situação de perigo é mais levemente invocada (ex. fobias de viagens, de solidão e de multidões), e, no terceiro grupo, a situação temida é ilógica (ex. agorafobia), não tem clara relação com o perigo e pode aparecer sozinha ou associada a outros sintomas histéricos.” (GURFINKEL, 2001, p.83)

Fobias de animais acompanhadas do medo de ser devorado por eles evidenciam uma relação entre fobia e oralidade. No caso das fobias relacionadas à escuridão ou à micção (associada especificamente a conteúdos sexuais), a angústia liberada se apodera de outros objetos, o objeto da angústia. (GURFINKEL, 2001)

Baseado nessa afirmação sugere-se que, em alguns casos, a enurese possa estar associada a um quadro de fobia, e, portanto, a algum objeto de angústia. Além disso, uma vez que a fobia é uma neurose bastante frequente e que remete à sexualidade infantil, parece fundamental que se pesquise qual a rede associativa particular, assim como a história clínica singular de cada sujeito, no que se refere às questões em que ele é solicitado a superar-se ao longo de seu desenvolvimento.

Ilustro essa hipótese recorrendo a Gurfinkel (2001), que afirma que a angústia é reproduzida como um estado afetivo em conformidade com uma imagem mnêmica já existente.

Na obra freudiana, as noções de “complexo de Édipo”, “complexo de castração”, “angústia” e “sexualidade infantil” apresentam conexão estreita e derivam do estudo da fobia. Nesta última, a força motriz do recalçamento e o temor da castração podem ser detectados. (GURFINKEL, 2001)

Examinemos esses conceitos.

A expressão “complexo de Édipo” só aparece nos escritos de Freud em 1910, mas em termos que provam que era já admitida na linguagem psicanalítica. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2004, p. 77)

De acordo com Freud, num dado momento de seu desenvolvimento psicosssexual – a fase fálica (período entre os três e os cinco anos) - a criança tem consciência da diferença entre os sexos, em função da percepção da presença e da ausência do pênis. Durante esta fase, meninos e meninas acreditam que todas as criaturas sejam dotadas de um falo, que, para elas, é símbolo de força. (GREEN, 1991)

O Édipo, chave mestra da psicanálise, simultaneamente considerado como fantasia, realidade, mito e conceito, é uma crise vivida no inconsciente infantil pela criança de cerca de quatro anos que tem como questão essencial o aprendizado da canalização de um desejo transbordante: o progenitor do sexo oposto é o objeto da ligação amorosa. Tal desejo sexual incontável deve ser limitado e ajustado aos limites de seu corpo imaturo, de sua consciência nascente e também aos limites de uma lei fundamental, que ordena que a criança deixe de tomar os seus pais como objetos sexuais. (NASIO, 2007)

Enquanto o menino vive a angústia de perder o pênis temendo a castração, a menina vive a dor de já tê-lo perdido, sente-se enganada, humilhada e injustiçada, pois para ela, o falo é a imagem ferida de si mesma. (GREEN, 1991)

Nasio (2007) refere que o Édipo da menina é diferente daquele do menino, pois na menina, o desejo incestuoso inicial é o de possuir a mãe, seguido, mais tarde, do de ser possuída pelo pai. De acordo com o autor, esse “pré-Édipo” é necessário para que ela acesse o pai e então, efetivamente entre na fase edípica.

A criança edipiana não tem outra saída a não ser esquecer tudo isso. Recalca fantasias e a angústia, deixando de considerar seus parentes como parceiros sexuais e, com isso, torna-se disponível para novos e legítimos objetos de desejo. O menino abandona os pais como objetos sexuais, mas os mantém como objetos de identificação, assimilando a sua moral. A menina, por sua vez, inicialmente dessexualiza a mãe, e, lentamente, percebe que não pode ser o objeto sexual do pai; e uma vez identificada com os traços femininos da mãe e, posteriormente, com os traços masculinos do pai, abre-se para a sua vida de mulher, sem com isso renunciar a si mesma. (NASIO, 2007)

Segundo Freud (1913/1980), o complexo de Édipo é estruturante do psiquismo por se tratar de uma questão decisiva para o sujeito viver relações estabilizadas e simbolizadas, tanto no desenvolvimento individual quanto no campo social.

Referência fundamental na vida do sujeito, o Complexo de Édipo irá reorganizar tanto o seu passado como o seu futuro, apesar dos perigos aí presentes

apontarem para o seu abandono a um total estado de desamparo. (MENEZES, 2008)

Este desejo sexual próprio de um adulto, porém vivido no corpo e no psiquismo dessa criança pequena, faz com que a crise edipiana se torne um conflito insuportável entre o medo e o prazer erótico, entre o desejo e o medo de ser consumido pelas suas chamadas. (NASIO, 2007)

A partir dessas considerações, sugere-se que a enurese infantil esteja relacionada à trama edípica, uma vez que ambas são articulações inconscientes nas quais deslocamentos de conteúdos psíquicos referentes ao corpo, ao desejo, às fantasias, à dor e ao prazer podem se tornar marcas traumáticas que irão interferir na vida dessa criança. Além disso, a intensidade de tais sensações poderá fazer com que, inconscientemente, ela se sinta angustiada e especialmente desamparada, expressando-se através dessa marca corporal (a enurese).

De acordo com Freud, diversos perigos são capazes de precipitar uma situação traumática em diferentes épocas da vida, mas “o perigo da castração, com seus efeitos devastadores, constitui sem dúvida o mais familiar de todos esses perigos.” (FREUD, 1926/1988, p.86). Nesta perspectiva, a ameaça de castração (ainda que no imaginário da criança) está relacionada ao aparecimento das suas formações sintomáticas.

O complexo de castração é a parte reguladora do complexo de Édipo, e o principal motivo de sua dissolução. O que Freud descreve como “complexo de castração” é “uma formação psíquica que nasce do desenvolvimento da sexualidade infantil, do desejo que ela provoca e de suas consequências na imaginação da criança.” (GREEN, 1991, p.8)

A castração, em Psicanálise, é imaginária, mas não pode ser ignorada devido ao seu caráter estruturante, ordenador, que obriga o sujeito a se colocar e afirmar as particularidades da sua identidade sexual perante si mesmo e também ao sexo oposto. No menino, o complexo de Édipo termina sob o efeito do complexo de castração, enquanto que na menina, o complexo de Édipo é introduzido pelo complexo de castração. (GREEN, 1991)

A angústia de castração – medula espinhal do psiquismo do homem – não é consciente. O perigo interior, representado pelo pai repressor, é projetado para fora e se torna um perigo exterior encarnado. A angústia inconsciente torna-se medo inconsciente. Medos e pesadelos infantis, por exemplo, são formas clínicas assumidas pela angústia inconsciente da castração. Não interessa se o menino sofre ou não uma ameaça real e se angustia; assim que é habitado pela angústia inconsciente de castração, ele ficará angustiado sempre que desejar e obtiver prazer. A angústia é o avesso do prazer, mas ambos são indissociáveis. (NASIO, 2007)

O caso do pequeno Hans contribuiu para que Freud descobrisse e teorizasse sobre a castração. Foi através da história de Hans que as teorias sexuais infantis foram descortinadas. (FREUD, 1909/1988)

A matéria prima deste caso era a recusa do pequeno Hans a sair de casa por medo de cavalos. Posteriormente, o seu sofrimento foi identificado como uma apreensão bem definida de que ele seria mordido por um cavalo. Nesse contexto, a fobia é uma tentativa de solucionar um conflito de ambivalência típico da situação edipiana: a ternura pela mãe e a agressividade para com o pai. A ameaça de castração, também sentida como angústia, teria provocado o recalçamento.

No caso em questão houve um deslocamento, pois a sua reação emocional foi transformada em uma neurose a partir da substituição de seu pai por um animal, no caso, um cavalo – o objeto fóbico. Vale ressaltar que o seu pai costumava brincar de cavalo com ele, e possivelmente por isso o cavalo foi escolhido como um animal causador de ansiedade. Isso posto, a ameaça de castração estava relacionada ao aparecimento das suas formações sintomáticas.

Freud (1920/1988) refere que o nascimento (primeira experiência de angústia, pois aí ocorre a separação da mãe), o desmame (considerado pelo autor como experiência traumatizante de mutilação) e o controle esfinteriano são os precursores do temor da castração nas fases pré-genitais, e, portanto, do sentimento de angústia que acompanhará a criança. Isto porque, nessas situações, a criança sente o temor de não ser mais cuidada, deduzindo então que os seus impulsos não serão mais satisfeitos.

O nascimento constitui efetivamente a primeira castração, denominada “castração umbilical”. Matriz de outras que ocorrerão posteriormente na vida da criança, este momento de perda de percepções conhecidas, chamado de “trauma do nascimento”, é uma

mutação inicial de nossa vida, para todos, e que marca com um estilo de angústia mais ou menos memorizado, para cada feto que vem para a vida aérea, sua primeira sensação liminar de asfixia associada ao final dado ao elemento aquático quente e ao surgimento no mundo aéreo da força da gravidade. (DOLTO, 2007, p.73)

Uma vez que a audição exerce forte impacto no momento do nascimento, a castração umbilical é simbolizada pela linguagem, e esta

vai repetitivamente marcar a audição do bebê como efeito de seu ser no impacto emocional de seus pais, ao nível das sílabas sonoras, das modulações e dos afetos que ele percebe de maneira intuitiva, sem que saibamos exatamente como pode percebê-los. É como se todos esses afetos, acompanhados de fonemas, encarnassem um modo primeiro narcísico. (DOLTO, 2007, p. 75)

O desmame, por sua vez, é a primeira castração oral. Até este momento, o seio materno é apreendido pela criança, ilusoriamente, como uma parte sua, pois nessa relação boca-seio não há qualquer interferência. Esta castração revela ao bebê um mundo social, ou seja, para além da relação fusional mãe-filho. Além disso, a mãe também passa por um sofrimento durante este processo, pois, a partir do desmame, tanto a relação com o seu corpo como a relação com o seu bebê se modificam. Aqui, o aspecto olfativo também deve ser considerado, e, dependendo da maneira que a mãe realiza o desmame, é promovida uma relação de introdução na linguagem em função da nomeação dos outros objetos que serão colocados na boca. “Quando o desmame é sensatamente dado, resulta no desejo e na possibilidade de falar e, portanto, na descoberta de novos meios de comunicação, em prazeres diferentes...” (DOLTO, 2007, p. 79)

Com relação ao controle esfinteriano, é preciso considerar a castração anal.

Desde o nascimento, os excrementos são objetos de interesse para os pais e os médicos, pois representam a boa saúde do bebê; mas, para este, as fezes e a urina são confundidos tanto com referenciais táteis em seu elo com a mãe, como com referências olfativas experimentadas quando esta não está presente. Fazer xixi e cocô inicia a criança ao desejo com relação ao outro, podendo permanecer também como meios de troca com o adulto. (DOLTO, 2007)

Quando os pais exigem precoce e intensamente que a criança se torne limpa, fazem com que os excrementos adquiram um valor exagerado, o qual deveria ser “deslocado” para o desejo de comunicação e para as trocas socializantes da criança nesta fase, ou seja, a outras manifestações do desenvolvimento de seus filhos. Além disso, quando são intolerantes às perguntas de seu filho e às suas iniciativas de ação, criam-se condições para que o controle dos esfíncteres não aconteça espontaneamente. Portanto, observa-se que tal controle depende tanto do desejo da criança como do desejo de sua mãe para que ela se torne um ser autônomo. (DOLTO, 2007)

Inevitavelmente, estas vivências pelas quais passamos na primeira infância - o nascimento, o desmame, o controle dos excrementos e a trama edípica - são um convite ao amadurecimento bio-psíquico.

Além de Freud (1926/1988), diversos psicanalistas também afirmam que enurese é uma tentativa de defesa frente à angústia da castração, pois esta é uma ameaça que intimida a criança e a convida a renunciar ao prazer auto-erótico. (AJURIAGUERRA, 1980; SPERLING, 1980 *apud* FERREIRA, 2004; MANNONI, 1981; DOLTO, 1999; AMORES, 2000)

Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004) afirma que a maior incidência da enurese nos meninos estaria ligada à angústia de castração e ao medo de ser castigado ou ter os genitais danificados pela prática da masturbação. Neste caso, a enurese representaria um substituto da masturbação proibida como punição.

A partir dessas considerações, pode-se sugerir que existe uma relação entre a castração correspondente à fase fálica, a angústia frente ao superego

(correspondente ao período de latência, marcado pelo declínio do complexo de Édipo) e a enurese infantil.

Nessa perspectiva, desde o senso comum, geralmente a enurese é associada a causas emocionais.

Na opinião de Hirsch (1990), “fazer xixi na cama” tem relação com ansiedade, insegurança e medo durante a noite. E Freud (1909/1988) aponta que o medo corresponde a desejos reprimidos.

Na doutrina freudiana a questão do desejo é uma noção que não pode ser delimitada, mas de maneira geral “a concepção freudiana do desejo refere-se especialmente ao desejo inconsciente, ligado a signos infantis indestrutíveis” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p.114)

A partir das suas teorizações, Freud rompe com a perspectiva desenvolvimentista e psicogenética, e mostra que o corpo da criança é um corpo de desejo, um corpo pulsional que ela tem como fonte de prazer. Por isso é interessante que, ao menos durante certo período, as pessoas de quem a criança depende não retirem dela o carinho até que ela aprenda a lidar com os seus desejos. (FREUD, 1926/1988)

A meu ver, isto é bastante relevante no que diz respeito à enurese, uma vez que este sintoma está diretamente ligado ao período de dependência dos cuidados maternos, como afirmam diversos psicanalistas além de Freud, tais como Aberastury (1968), Dolto (1972), Ajuriaguerra (1980), Mannoni (1981), Bleichmar (1994), Winnicott (1994) e Amores (2000).

Assim como Freud, Bleichmar (1990 *apud* Ferreira, 2004) refere que a criança deve ser entendida como um sujeito atravessado pelo seu próprio inconsciente, e, portanto, atravessado por seu próprio desejo. Acredita que o sintoma enurético, como qualquer outro, seja um processo intrapsíquico a serviço da economia libidinal e desejo das representações metabolizadas inconscientemente, constituído em referência ao desejo materno.

Mannoni (1981) refere que a criança enurética deseja deixar o seu corpo aos cuidados de sua mãe, a fim de ficar protegida das ameaças e do medo.

Na opinião de Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004), a enurese é distúrbio no qual há o desejo compartilhado entre a criança e seus pais no sentido da manutenção da infância. Além disso, a baixa tolerância à tensão dos instintos faz com que a criança deseje liberar esta tensão na realidade com urgência.

A enurese também representaria uma manifestação de desejo de retorno ao líquido amniótico do ventre materno, lugar onde a criança fica protegida diante da exigência de definir-se como homem ou mulher perante o mundo. (DOLTO, 1972; ABERASTURY *apud* CHIOZZA, 1996; AMORES, 2000)

Para Dolto (1999, 2007), que sempre considerou a criança a partir de uma perspectiva psicogenética, a continência muito tardia revela um sintoma de desejo mesclado com necessidades ou sintoma de atraso sexual da criança. Além disso, o xixi noturno dos meninos se faz em semi-ereção, e, portanto, a enurese noturna seria a realização da ereção proibida pelo supereu durante o dia, ou seja, um desejo de impedimento dessa ereção.

A meu ver, o medo de crescer e de enfrentar responsabilidades e desafios do dia-a-dia, como uma sequencia natural da vida, faz com que, por vezes, a criança continue desejando permanecer em um estado mais infantil e dependente dos cuidados do outro, para não ter que lidar com perdas, renúncias e frustrações associadas ao próprio processo de amadurecimento. Por isso, concordo com Dolto (1999) ao afirmar que a recusa inconsciente de crescer, e, conseqüentemente o desejo de permanecer criança, também possa estar associada ao medo.

Concordo também com as posições assumidas pelos psicanalistas supracitados, e acredito que ajudar a criança enurética a reconhecer os seus próprios desejos e incentivá-la a expressar as suas próprias vontades possa ser um passo decisivo para a aquisição do controle esfinteriano vesical, o que pode ser ilustrado pela afirmação de Dolto e Hamad (1998, p.31): “O desejo faz viver o ser humano em busca da afirmação de si, de sua criatividade, de alcançar sua potência adulta”.

A mesma autora afirma que a criança acaba dominando os seus esfíncteres quando tem a compreensão de sua sexualidade. De acordo com a psicanalista, educá-las para a sexualidade é falar-lhes sobre os seus desejos, é respeitar o seu ritmo sem exigências, e poder dizer-lhes: “Eis o que os adultos fazem no banheiro. Quando você puder fazer sozinho, também irá.” (Dolto e Hamad, 1998, p. 137), já que, a seu ver, a própria criança é responsável pelos seus sintomas e pela demanda de cura.

Assim, acredito que é na articulação entre essa marca corporal (a enurese) e desejos recalcados que a criança vai urinar involuntária e inconscientemente, até que, em algum momento, ela deseje sair desse lugar e ocupar uma posição diferente em sua biografia.

Minha reflexão, portanto, contempla este sujeito desejante, porém imaturo bio-psiquicamente.

Porém, reforço que o sentido da enurese deve ser desvendado para cada sujeito em sua singularidade.

Prosseguindo esta reflexão, a seguir a enurese será abordada tendo em vista a importância do outro na sua constituição.

2.2 Enurese, linguagem e erotização

Ao elaborar a noção de zona erógena a partir de um referencial anatomofisiológico, Freud (1905/1989) atribuiu erogeneidade a todas as partes do corpo e a todos os órgãos internos. Inicialmente, o prazer da criança é auto-erótico, portanto o auto-erotismo caracteriza a vida sexual infantil.

O autor introduz a idéia de “sedução materna”, a partir da qual a mãe, ou aquele que cumpre esta função, erogeneiza o bebê através de seus cuidados. Isto faz com que esta “ação de sedução” leve o bebê a ficar totalmente dependente

daquele que lhe proporciona uma fonte de excitação sexual inesgotável e satisfação às suas zonas erógenas. (FREUD, 1905/1989)

Mas, despreparada enquanto sujeito, a criança vive uma forte tensão libidinal que não consegue administrar. Essa situação de dependência introduz a questão do desamparo como influência decisiva tanto na fundação como na estruturação do psiquismo, pois este é construído na relação com o outro. (FREUD, 1905/1989)

Ao precisar de um outro para sobreviver, a prematuridade somática abre lugar para um funcionamento simbólico. Isto porque, desde a concepção, o ser humano é afetado pelas relações simbólicas com aqueles que o cercam. Uma vez que a sedução inicial tem caráter erótico, o erotismo, o desamparo e a sexualidade acabam se aproximando. De acordo com Freud (1905/1989), essa aproximação é impossível de ser simbolizada, pois é exercida em um período anterior à fala da criança.

Contudo, a sobrevivência do bebê depende da linguagem, pois ao chorar e vocalizar, o bebê convoca o outro a apaziguar as suas tensões e lhe proporcionar alguma sensação de prazer. Portanto, ele é submetido a esse ritmo imposto pela mãe: a alternância entre tensão e apaziguamento. Ao introduzir o bebê na linguagem, a mãe lhe empresta uma subjetividade que ele ainda não tem. Quando este tempo é rompido, ou seja, quando ocorre a falha neste apaziguamento, o bebê é convocado a refazer esta articulação, e, para isso, engaja-se na linguagem. Portanto, a manifestação da linguagem tem função simbólica. (MAGALHÃES, 2006)

Selaibe (2004) refere que a simbolização é um processo desenvolvido para além da concretude dos corpos. Esta conquista psíquica acontece porque o corpo nasce imerso na palavra expressiva, uma vez que não há dicotomia entre corpo e palavra. A partir dessas considerações, pode-se deduzir que palavras suscitam afetos e influenciam os seres humanos mútua e constantemente, o que pode ser exemplificado pela seguinte afirmação:

Eis como podemos entender que tudo é linguagem e que a linguagem, em palavras, é o que há de mais germinativo, mais fecundante, no coração e na simbólica do ser humano que acaba de nascer. (DOLTO, 1999, p.20)

As práticas simbólicas fazem com que o adulto suponha a existência e o funcionamento do bebê através do processo de antecipação. O bebê é alçado à cena simbólica e inscrito pelo outro na história através do toque, do olhar e especialmente da voz, deixando de ser apenas uma superfície sensorial para se tornar um corpo. (PALLADINO, CUNHA e SOUZA, 2007)

Boileau (2007) também afirma que o corpo será sempre uma construção simbólica, o lugar da comunicação precoce a partir da erogeneização, uma vez que existe um elo muito forte entre linguagem e sensação.

Da mesma forma, as sensações bastante prazerosas na região do corpo responsável pela micção, originadas a partir da sua posição anatômica em relação aos genitais, das secreções produzidas e dos cuidados de higiene recebidos pelos adultos produzem um *quantum* de prazer que desperta o desejo de serem repetidas. (FREUD, 1905/1989)

Dolto (1999) refere que as manipulações erotizantes das lavagens e demais cuidados higiênicos, os toques manuais, a fricção rítmica das coxas durante a micção, e a própria eliminação da urina antes da imposição do controle dos esfíncteres, juntamente com as verbalizações idílicas que os acompanham, são denominadas “masturbação primária”. Ao dar relevância às verbalizações que acompanham a criança nos momentos em que o seu corpo é tocado, Dolto introduz a questão da linguagem na constituição da subjetividade. De acordo com a autora,

É pelas sensações do corpo, numa dialética inter-humana, que se presentifica o eu, inicialmente heterônomo, e, depois, autônomo. Nessa perspectiva, é assim que se constrói a subjetividade (DOLTO, 1996, p.66)

Constata-se, então, que a autora insiste na relação de intimidade entre a linguagem, a região uretral e a sensação de prazer.

Ainda para tratar da linguagem, recorro a Ajuriaguerra (1980). O autor refere que esta depende do sistema fono-articulatório e dos mecanismos cerebrais (cuja

maturação deverá ocorrer a seu tempo), mas também afirma que a pulsão relacional sobre a qual a linguagem se organiza não só tem caráter endógeno, como também é influenciada pelas respostas do ambiente, ou seja, a receptividade dos pais. (AJURIAGUERRA, 1980)

O mesmo autor prossegue, afirmando que desde as primeiras emissões existe uma erotização dos órgãos bucofonatórios no jogo arbitrário das relações entre pais e filhos, e, portanto, os fonemas sofrem um investimento: ou devido ao valor que a criança lhes atribui, ou pelas reações que estes fonemas provocam no outro. (AJURIAGUERRA, 1980)

Ao refletir especificamente sobre a erogeneidade da região oral, é frequente observarmos que, desde o nascimento, a criança começa a entrar em contato com o mundo através da boca, o que pode ser ilustrado por esta afirmação:

Tudo se põe na boca. Para a criança, é a maneira de conhecer: absorver se for absorvível, lamber, provar... É assim que, pouco a pouco, ela discrimina as coisas da vida: as sensações percebidas com os olhos, com a boca, com as orelhas, com o nariz, que adquirem uma significância simbólica de encontro, quando ligadas a uma palavra dita por uma pessoa ou a sentimentos provenientes de outrem. (DOLTO e HAMAD, 1998, p.135)

Neste momento, parece pertinente recorrer a Nasio (1999, p.43), quando este autor reafirma que “as fontes de nossas excitações são os vestígios deixados pelo impacto do desejo do outro, daquele ou daqueles que nos têm por objeto do seu desejo”. Para ele, a vida psíquica da criança está imersa no mundo daqueles que se ligam a ela pela linguagem, pelas fantasias e também pelos afetos, o que indica haver um prolongamento entre os psiquismos dos que se relacionam entre si.

O mesmo autor refere que a fisiologia humana também é determinada pelas lembranças experienciais, e não somente a partir de uma situação neuroquímica. (NASIO, 1999)

Acredito ser esta uma das possibilidades que pode estar presente na criança enurética: alguma lembrança do contato com a água deve estar registrada em seu

inconsciente, o que faz com que ela se mantenha “aprisionada” em um estado anátomo-fisiológico.

Dolto (1999) refere que, quando uma criança brinca com água ela volta às origens da própria vida; quando se diverte na água, fica revigorada a ponto de sentir-se aquecida, ainda que não faça calor no local onde a brincadeira está acontecendo; além disso, lidar com a densidade, a flutuação e o escoamento dos objetos faz com que a criança desenvolva a sua inteligência.

Parece-me que aqui se configura uma hipótese: o contato com a água remete a criança a um estado de prazer.

A água abriga em si mesma um poder de adaptação – escorre, flui por qualquer buraco, por qualquer orifício; entra em conformidade com aquilo que a contém; não possui forma própria, e adapta-se facilmente; solidifica-se como gelo, desaparece sob a forma de vapor; sofre um novo mecanismo de condensação tornando-se nuvem, para posteriormente transformar-se nas chuvas, tão benéficas à manutenção do equilíbrio ecológico; conduz o sal da terra para o mar, junta-se novamente nas correntezas e charcos, mantém a vida. (HIRSCH, 1990)

O nosso corpo físico tem em sua constituição quase 80% de líquidos. Sangue, linfa, secreções glandulares, urina, suor, saliva, lágrimas, leite de mãe, nada funciona sem água; com ela, tudo flui. Aproximadamente 95% da urina é composta por água, e do ponto de vista da fisiologia humana, o funcionamento adequado do aparelho urinário interfere diretamente na manutenção do estado de equilíbrio dos seres vivos. (HIRSCH, 1990).

Se qualquer vivência de satisfação fica retida como traço mnêmico, e sentir-se cuidado por alguém ainda permanece como referência de prazer, seriam estas algumas das possibilidades no caso da criança que não controla o esfíncter vesical?

A partir da literatura e da minha experiência clínica, sugiro que a enurese afeta o estado psíquico da criança, não só por se tratar de uma marca sintomática relacionada ao desequilíbrio fisiológico de uma função corporal que tem a água como elemento constituinte, mas também pela relação que a enurese apresenta com a erogeneidade de um dos orifícios corporais (a uretra), o que faz com que a

micção esteja relacionada à sensação de prazer, o qual remete à insuficiência original da criança. Isto diz respeito, especificamente, à condição humana inata de fragilidade e vulnerabilidade, que gera a necessidade de proteção e de cuidados. Essa condição de dependência do outro no início da vida, especialmente da figura materna, é a nossa garantia de sobrevivência, pois a subjetividade humana é caracterizada por uma fragilidade estrutural. (FREUD, 1926/1988)

Uma vez que a sexualidade vai se desenvolver a partir da erogeneização das partes do corpo e apoiada nas funções fisiológicas e de sobrevivência, e que, segundo Jerusalinsky (1999, 2007), a organização corporal só acontece a partir das marcas simbólicas que a afetam e não somente por suas funções musculares e fisiológicas, a enurese é um tema amplamente explorado por diversos psicanalistas.

O erotismo uretral é situado por Freud mais especificamente por volta dos quatro anos (“segunda fase da masturbação infantil”), quando o aparelho sexual ainda está mal desenvolvido e por isso quem fala em seu nome a maior parte das vezes é o aparelho urinário. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001)

Na opinião de Ajuriaguerra (1980), a enurese do período pré-genital pode representar tanto uma manifestação de satisfação pelos cuidados fornecidos pela mãe, prazer cutâneo por se encontrar em um meio úmido, como uma manifestação de atividade (de forma agressiva, ou para sua satisfação, o erotismo uretral), ou ainda de um modo mais geral, pela satisfação de poder do menino em razão do uso que ele faz do seu aparelho urinário.

Amores (2000) também refere que a criança enurética (re) encontra o prazer cutâneo ao encontrar-se em um meio úmido.

Muitas vezes, Freud (1908/1988) insistiu na equivalência entre a enurese, a masturbação e a poluição nos adultos. Segundo o autor, a enurese seria compatível com o diagnóstico de histeria, uma vez que repete uma forma infantil de gratificação genital. Quando secundária, indicaria um substituto da masturbação genital recalçada. (FREUD *apud* CHIOZZA, 1996)

A correspondência com a atividade masturbatória é frequentemente referenciada, pois a excitação sexual da criança enurética termina quando ela acaba

de urinar. A fixação na busca do prazer através do auto-erotismo, na urgência de eliminar a tensão resultante da baixa tolerância à tensão dos instintos também é referida por Ajuriaguerra (1980), Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004) e Bleichmar (1990 *apud* Ferreira, 2004).

Dolto (1998, 1999) afirma que meninos e meninas não têm a mesma relação com as sensações pélvicas. Até no mínimo 30 meses, o menino costuma ter uma média de sete ereções por noite, e cada vez que tem uma ereção pode ter o prazer de urinar livremente. Entre 21 e 31 meses, desenvolve-se uma saliência que se forma na parede posterior da uretra prostática (denominada *Verumontanum*), onde desembocam o utrículo e os canais ejaculadores, o que faz com que o menino não possa mais urinar com o pênis ereto como fazia antes, pois o pênis em ereção não tem mais comunicação com a bexiga e sim com as vesículas seminais. Para eles, o aparelho genital está totalmente ligado ao aparelho urinário, e tudo o que constitui alteração de ritmo ou sentimentos de culpa do funcionamento urinário age sobre a futura liberdade da genitalidade. Do ponto de vista psicanalítico, nos meninos existe a relação entre a continência esfinteriana e o genital, pois inicialmente eles não fazem diferença entre uma micção e uma ereção; portanto, ao apresentarem ereções penianas compatíveis com a micção, nos meninos a confusão no que diz respeito a necessidades e desejos permanece por mais tempo.

No menino, há uma confusão das sensações da bacia no que se refere à uretra, que está a serviço da micção, mas também das ereções. Essa confusão faz com que, cada vez que o menino tem uma ereção, ele urine. Ele pode urinar em ereção até os vinte e oito meses. Portanto, cada vez que tem uma ereção, ele urina, e isso põe fim à ereção. (DOLTO e HAMAD, 1998, p. 132)

Segundo a autora, o menino, a partir dos vinte e sete, vinte e oito ou trinta meses, não pode mais ter ereção emissiva de urina. Porém, quando aperta o pênis, a mãe (que não tem essa informação) o repreende e o manda “fazer xixi”. Quando o menino passa a ser informado de que “não é bonito nem certo tocar o sexo” (e, portanto, ter ereção), ele acaba parando numa meia-ereção e é, portanto, obrigado a urinar, a fim de não ter o prazer de uma ereção plena, completa. Se tiver uma

ereção rápida e completa, ele não poderá urinar; porém, numa meia-ereção, o supereu “entra em ação” e então o menino urina, impedindo assim o prazer de uma ereção plena, completa e prazerosa. Cada vez que o menino toca o pênis e alguém pede que ele “vá fazer xixi”, mais tempo ele levará molhando a cama, pois à noite ele não é responsável pelas suas ereções.

Até então, sempre lhe dava prazer fazer xixi para a mamãe, pois era uma ereção e isso o erotizava. E aí, de repente, não consegue mais, não entende o que está acontecendo, e isso pode deformar completamente o mecanismo da ereção e da micção e tornar tudo tão atrapalhado, que ele prefere esquecer o que acontece naquela região. (DOLTO e HAMAD, 1998, p. 132)

Isto explica o fato de que os meninos devem deixar de se molhar durante o dia por volta dos 22/24 meses, enquanto que as meninas geralmente deixam de se molhar durante o dia por volta dos 19/20 meses. “A continência muito tardia é um sintoma de desejo mesclado com necessidades ou sintoma de atraso sexual na criança”. (DOLTO, 1999, p. 34)

A menina não tem as mesmas referências, pois nelas a micção está unicamente ligada à bexiga, ou seja, não está ligada à genitália. Nas meninas, não há relação entre o prazer na necessidade e o prazer na espera do desejo, e, portanto, o controle esfinteriano ocorre mais cedo.

As vias genitais da menina têm sensações receptoras e atratoras, mas não emissoras. É por isso que, nas meninas, encontramos, antes, retenções, com cistites. As cistites têm duas causas: a retenção que vem das pulsões femininas que agem em atração e não em emissão, e as crenças fantasísticas de que o “pipi” (é assim que as crianças chamam o pênis; em francês, “pipi” também denomina o “xixi”) se foi com uma micção ou se foi na forma de cocô. As prisões de ventre e as retenções de urina se produzem porque a menina teme “o que talvez volte a crescer” vá embora com as emunções (evacuação dos dejetos do organismo). (DOLTO e HAMAD, 1998, p. 133)

A autora afirma que, uma vez adquirido o controle diurno da urina, ambos os sexos costumam adquirir o controle noturno aproximadamente três meses depois. (DOLTO, 1999)

Aberastury (*apud* Ferreira, 2004) afirma que urinar sem controle indica a fantasia da criança de que a atividade masturbatória tenha danificado os seus genitais, e a emissão da urina seria uma maneira da criança perceber que não houve qualquer tipo de prejuízo em seu corpo, ou seja, a micção é o recurso aparentemente inofensivo utilizado para a satisfação de seus impulsos. Amores (2000) refere que a urina da criança enurética é comparada à água que consegue apagar o fogo, este representado pela masturbação.

De acordo com Dolto (1999), a enurese pode persistir ou retornar diante da interdição da atividade masturbatória que ocorre durante a fase da disciplina vesical, fase que pode estar associada à sucção do polegar. Nesse contexto, parece-me fundamental apontar para o fato de que a interdição da masturbação geralmente ocorre a partir da repressão via linguagem.

Diversos autores psicanalistas afirmam que o sintoma enurético está diretamente relacionado à maneira com que se propõe a disciplina do esfíncter vesical, uma vez que a percepção da criança no que diz respeito ao seu próprio corpo é influenciada diretamente pela relação de alteridade.

As mímicas de horror, de nojo, afetadas pelo adulto, diante das palavras desvalorizadas e depreciativas da criança que goza do prazer do sexo que ela se proporciona, acrescentaram ainda ao “adestramento” precoce no asseio um aperto suplementar no parafuso destinado a aprisionar o erotismo em vez de suscitar seu valor ético, que está incluído no desejo genital predestinado a ordenar qualquer vida de homem e mulher (DOLTO, 1999, p.185)

Aberastury (1968), uma das pioneiras da psicanálise com crianças, recomenda que o treino dos esfíncteres comece a partir dos dois anos, e seja feito pela pessoa com quem a criança tenha um vínculo afetivo, pois é para esta pessoa que a criança irá entregar os seus produtos.

Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004), por sua vez, acredita que, tanto nas meninas como nos meninos, a enurese reflita uma excessiva estimulação sexual.

Diante do que foi exposto até aqui, mais uma vez recorro a Dolto e Hamad (1998), quando os autores afirmam que a enurese, assim como a linguagem, tem função simbólica.

Partirei dessa perspectiva para prosseguir essa reflexão, considerando, a seguir, a enurese como uma linguagem.

2.3 Enurese como linguagem

Diversas conceitualizações coincidem com a idéia de que o trauma em uma criança abarca sempre o campo do intersubjetivo. Qualquer que seja o efeito traumático no sujeito, este pode ser originado por motivos distintos: ausência, carência, impossibilidade, violência desnecessária, maldade, ameaça ou vivência real de desamparo. (SCHVARTZMAN, 2008)

Há traumas no desenvolvimento inicial que provocam dificuldades no processo de simbolização, mas, de acordo com Maggi (2007), nem sempre um fato traumático se instaura na mesma época de sua ocorrência, nem está diretamente relacionado às condições sócio-econômicas menos favoráveis. Além disso, o fator transgeracionalidade, relacionado diretamente às condições psíquicas dos pais, é fundamental para a saúde psíquica do filho.

Nesse sentido, acredito que a atividade clínica nos oferece uma infinidade de possibilidades de atuação. A meu ver, no trabalho com crianças, é fundamental compreender a sua história de vida e os fatos que significativamente as tenham marcado, os quais podem apresentar relações com as suas marcas corporais.

Porém, na perspectiva freudiana, as fantasias são construídas durante a infância, não importando em que intensidade as experiências reais contribuem para essa construção. O autor afirma que o estado de infância é o período da vida

caracterizado tanto pelo desamparo motor como pelo desamparo psíquico. (FREUD, 1926/1988)

Laplanche e Pontalis (2001, p.112) referem-se ao (estado de) desamparo como

Termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. Estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia.

No discurso de Freud, não há uma formulação precisa sobre o conceito de desamparo. *Hilflosigkeit*, palavra alemã que pode ser traduzida como desamparo, refere-se a uma problemática cuja idéia mais importante diz respeito à ausência de ação, ausência de ajuda, impossibilidade de ação.

Minha reflexão tem como ponto de partida o fato de que o bebê humano, na sua condição originária de dependência, apresenta uma fragilidade que lhe impõe a necessidade de um outro que lhe garanta as mínimas condições de sobrevivência. Portanto, sentir-se desamparado é inerente à condição humana.

Considerando-se que o sujeito freudiano se constitui na relação com o outro, o desamparo torna-se estruturante desse psiquismo, pois a falta de sustento e de proteção implica a necessidade de um outro, alguém ou alguma coisa que o ajude.

De qualquer modo, o principal aspecto é que as duas palavras – *Hilflosigkeit* e desamparo – *pressupõem uma interação (com o outro) que não existe...* A *Hilflosigkeit* de Freud diz respeito à condição de “ausência de ajuda” como possibilidade efetiva da vida psíquica...A idéia de desamparo (*Hilflosigkeit*) desenvolvida ao longo da obra freudiana, refere-se à *condição de existência do sujeito no mundo (na civilização) que é apoiada numa condição de desamparo do psiquismo*. (MENEZES, 2008, p.23-24)

Mais uma vez recorro a Freud, que afirma que a angústia, produto do desamparo psíquico do recém-nascido, símile natural de seu desamparo biológico (motor), surge originalmente como reação a uma situação de perigo, e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete. (FREUD, 1926/1988)

Medo da perda do amor, angústia de castração, medo do supereu e medo da morte são conteúdos da situação de perigo cujos protótipos se encontram em fases de desenvolvimento do eu. Na perspectiva freudiana, os determinantes da angústia podem se expressar posteriormente e entrar em ação ao mesmo tempo, em períodos diferentes do que o esperado. (MENEZES, 2008)

Tal condição permite supor que o homem terá necessidade de transformar tudo o que o atemoriza em fonte de proteção, além de criar representações a fim de lidar com o desamparo inicial. Diante desta hipótese, percebi, em diversos momentos da minha vivência clínica, que o ser humano entra em contato com este estado de desamparo através das suas marcas no corpo.

Construção simbólica cuja imagem inconsciente é estruturada a partir das relações humanas, o corpo é o lugar da comunicação precoce a partir da erogeneização resultante do amor e dos cuidados maternos, os quais ajudam a criança a organizar as suas pulsões libidinais e agressivas. (ALBORNOZ e NUNES, 2004)

Mas, quando se trata dos sintomas da criança, a mediação do adulto é importante, pois os fatos serão simbolizados pela psique parental, uma vez que não é possível esclarecer uma linha direta que una o fato potencialmente traumático e a sua repercussão no sujeito. (SCHVARTZMAN, 2008)

Ainda que a família seja fundamental na (re) construção da biografia da criança, parece-me importante ressaltar que, conforme afirmam Jerusalinsky e Berlinck (2008), o sujeito da primeira infância comparece prioritariamente pela organização corporal. Portanto, acredito que qualquer abuso na direção da criança, seja este corporal ou psicológico, resulta em disfunções do aparelho psíquico deixando o mesmo em estado de fragilidade, o que pode desencadear alguma marca no corpo. A enurese é um exemplo disso.

Diretamente ligada à angústia da castração, Freud (1900/1988) refere que o sintoma enurético é uma forma da criança defender-se de uma sexualidade proveniente de negociações traumáticas com os adultos. Isto ocorre porque, muitas vezes, a sexualidade da criança (ausente de pudor), que ela mesma não entende, também não é compreendida pelo adulto, pois a criança usa a linguagem da ternura, mas que pode ser escutada pelo adulto como genital.

A partir dessa afirmação, já é possível notar o quanto a linguagem usada pelo adulto pode desencadear emoções conflituosas na criança, as quais ela pode vir a expressar corporalmente. Chiozza (1996) ilustra esta situação, ao afirmar que a “linguagem de órgão”, encontrada especificamente nas alterações de forma e função das vísceras, tem como principal função o compartilhar de emoções.

Em se considerando a perspectiva psicanalítica, a enurese mais uma vez pode servir como exemplo, se considerada como um sintoma diretamente endereçado ao outro como uma linguagem.

Na opinião de Aberastury (1968), as fezes e a urina são, para a criança, modelos fantasiados sobre a concepção: pela boca entram os alimentos, que atravessam o corpo e saem transformados. Os excrementos, portanto, são suscetíveis de originar formas, transformando-se em símbolo de sua capacidade criadora.

Já para Klein (1975 *apud* Chiozza, 1996) a enurese é tanto um ato de presentear como também um ato sádico de atacar, pois, para ela, o sujeito está exposto à força de sua instintividade. A autora se ocupou da destrutividade existente na natureza humana, atribuindo um papel importante aos excrementos na formação das fantasias em crianças de ambos os sexos. Para a mesma autora e seus seguidores, o objeto interno corresponde às pulsões, e a única realidade psíquica existente é a fantasia.

A importância do sadismo uretral durante o seu desenvolvimento diz respeito à fantasia de destruição do objeto através dos excrementos (a urina e as fezes). O seio da mãe é o objeto inicial a ser destruído, pois, ao sentir que tanto o corpo como os produtos da mãe a frustram, a criança passa a odiá-los e, conseqüentemente, ter

como objetivo a sua destruição. Apesar de equiparar a urina às substâncias corporais (por exemplo, ao leite materno), a criança também a considera perigosa. Portanto, o que se encontra nas enureses das crianças são fantasias potencializadas de destruição de um ou dos dois genitores, como por exemplo, destruição por inundação, afogamento, molhadeira, queimadura, envenenamento.

A urina é fantasiada como um líquido solvente e corrosivo, como um veneno insidioso e secreto, representada por animais selvagens de toda espécie. O calor da urina leva a criança a associar a micção com o fogo e a combustão. (KLEIN, 1970 *apud* FERREIRA, 2004, p.54)

O descontrole da micção, porém, é fonte de ansiedade relativa ao seu próprio descontrole interior, expresso nos impulsos de morder, de sujar, na agressividade, na voracidade e o no ódio. (KLEIN, 1970 *apud* FERREIRA, 2004).

Ajuriaguerra (1980) afirma que a enurese poderia corresponder a uma forma de diálogo, de uma relação com os outros sob a forma de agressão, passividade ou dependência. Mais do que a tentativa de receber carinho e chamar a atenção dos pais, o quadro enurético é a expressão de um ato de entrega assim como um ato sádico de ataque. Uma vez que os excrementos têm que ser eliminados, a criança lhes atribui um valor sádico-destrutivo. Por isso, a enurese também corresponderia à tentativa de descarga de impulsos hostis e o exorcismo do seu mal.

Além disso, o sintoma seria a expressão de mecanismos de satisfação uretral, correspondendo a uma umidificação genital regressiva, a uma necessidade de reconhecimento da integridade corporal ou a uma reação contra o temor de perder esta integridade. Finalmente, o autor refere que a enurese pode ser uma forma de defesa diante dos temores da castração, verificação da não-castração, concepção sádica da atividade genital ou ainda a identificação fantasiosa com a virilidade paterna. (AJURIAGUERRA, 1980)

Para Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004), a enurese é a expressão do desejo compartilhado entre os pais e a criança no sentido da manutenção da infância. Nas meninas, a enurese também seria uma reivindicação fálica, mascarando uma

agressividade recalcada que se expressa em timidez, hostilidade e condutas destruidoras. A autora relaciona o processo enurético com a atitude dos pais relativa ao distúrbio, sugerindo, por exemplo, a possibilidade de estes terem sido enuréticos quando crianças, ou terem se submetido a treinamento esfinteriano severo e, conseqüentemente, tornado-se mais complacentes. Acredita que a presença da enurese independa do nível social, cultural ou intelectual da criança. Mas, aquelas que perderam suas mães, foram abrigadas em instituições ou mudaram de lares adotivos são “candidatos” à enurese, especificamente pela relação estreita entre este distúrbio e o estabelecimento de vínculos afetivos. Nesses casos, raramente são encontradas causas orgânicas.

Ainda de acordo com a autora, a criança enurética é extremamente erotizada, mas sente-se culpada por esses impulsos sexuais. (SPERLING, 1980 *apud* FERREIRA, 2004)

Dolto (1972) considera este sintoma do ponto de vista bio-psíquico, afirmando que a enurese aponta para uma fixação ou regressão à fase sádico-uretral (que antecede a fase fálica), traduzindo assim uma impossibilidade de satisfação pela masturbação e das fantasias ambiciosas (ex. megalomania), assim como a perpetuação da dependência sadomazoquista erotizada. O quadro enurético pode ainda ocorrer em função de uma regressão a estágios mais arcaicos do desenvolvimento infantil.

Em sua opinião, uma vez que a educação esfinteriana põe em jogo toda a agressividade ligada à sexualidade, as crianças enuréticas menores de 6/7 anos devem ser incentivadas a manifestar sua agressividade antes do controle do esfíncter. Já as crianças enuréticas maiores de 6/7 anos devem ser incentivadas a renunciar aos objetos edípicos a fim de acessar outros objetos da cultura e da sociedade. Porém, há casos em que, apesar da exigência parental e do desejo consciente da criança, a enurese deve ser respeitada, pois a libido da criança deve evoluir até o alvorecer da fase sádico-uretral graças à transferência. (DOLTO, 1972)

Ainda de acordo com a autora, a enurese se deve, em grande parte, ao fato da criança ter sido educada cedo demais em relação ao seu desenvolvimento

neurofisiológico. “Um asseio precoce é sempre duvidoso, e sujeito a “acidentes” posteriores”. (DOLTO, 1999, p.64)

Além disso, supõe que a recusa inconsciente de crescer também pode desencadear um quadro enurético.

O cheiro do xixi remete a criança à noção de díade – “eu - minha mamãe”, e indica que os órgãos genitais da criança estão a serviço das necessidades, e não do desejo, para que não se torne sádico ou masoquista anal. A criança permanece emissiva de urina, emissiva uretral, e ignora que a genitália se destina à reprodução. (DOLTO e HAMAD, 1998, p. 129)

Finalmente, a perda da continência esfinteriana é, para a autora, uma linguagem de não controle de si, e quanto ao tratamento, sugere que o sintoma não deve ser abordado diretamente com a criança, porque, assim como um bebê, ela ainda está confusa sobre a sua sexualidade. (DOLTO, 1999)

Mannoni (1981) aponta que o sintoma substitui a palavra que falta. A enurese seria, então, uma máscara ou palavra cifrada, ocupando o lugar da palavra verdadeira não sustentada pelo adulto, e que tem a mãe como participante de sua formação. Desta forma, a autora assume que o sintoma se desenvolve com um Outro e para um Outro.

Não é tanto o confronto da criança com uma verdade penosa que é traumatizante, mas o seu confronto com a “mentira” do adulto (vale dizer, o seu fantasma). No seu sintoma, é exatamente essa mentira que ele presentifica. O que lhe faz mal não é tanto a situação real quanto aquilo que, nessa situação, não foi claramente verbalizado. É o “não-dito” que assume aqui um certo relevo. (MANNONI, 1981, p. 70)

Baseando-me nessa afirmação, mais uma vez aponto para a função simbólica da enurese e da linguagem.

Mannoni (1981) também acredita que este sintoma possa ser uma maneira de eliminar algum sentimento, já que a criança exprime ou traduz a ausência dos pais

em linguagem corporal. Em alguns casos, a autora refere que o sintoma enurético no menino pode ser considerado como a expressão de uma recusa de confronto com a imagem masculina, um bloqueio na sua evolução viril.

Especificamente no caso dos meninos, Yazmajian (1966 *apud* Chiozza, 1996) afirma que a micção excessiva expressa simbolicamente as suas lágrimas, pois a exigência cultural é a de que estes se comportem como “pequenos homens”, ao reprimir o impulso de chorar.

Winnicott (1988 *apud* Ferreira, 2004) aponta a gravidade dos casos em que a criança apresenta a enurese como único sintoma, pois isto implica na ausência de plasticidade para a expressão das suas dificuldades emocionais. Na opinião do autor, na expressão de amor, ódio, reparação, tentativa de expulsão do mau, depressão latente, a criança enurética apresenta ansiedade e sentimento de culpa subjacentes ao prazer.

No que se refere à atitude da criança, Bleichmar (1990 *apud* Ferreira, 2004) considera fundamental que se observe se esta demonstra ou não nojo ou vergonha como indicador clínico, pois tanto o asco como o pudor são as primeiras defesas diante da pulsão, antes mesmo da instauração do recalque originário. Afirma que, nas enureses secundárias, o sentimento de vergonha é mais frequente do que na enurese primária, sinal de que um recalque originário já tenha se instalado, embora insuficientemente.

Para Amores (2000), a enurese seria tanto uma representação de atividade (no que se refere à agressão às figuras parentais e ataque ao corpo materno), como uma manifestação de passividade (ligada ao desejo de retorno ao ventre materno e prazer cutâneo por encontrar-se em um meio úmido).

Para diversos autores, a enurese infantil também representa uma volta de agressão a si mesma, indicando ansiedade, necessidade de punição e sentimento de culpa subjacente ao prazer. A intensificação do masoquismo faz com que a criança busque a humilhação e o castigo. (AJURIAGUERRA, 1980; DOLTO, 1999; NETO e MARTÍNEZ, 2002)

Parece-me, então, muito importante que o terapeuta tenha um olhar e uma escuta que permitam a interpretação da enurese para além de sua manifestação clínica, pois os dados da literatura corroboram que a criança enurética seguramente apresenta conflitos psíquicos. Nesse momento, destaco a contribuição de Chiozza (2008), que sugere que não somente o código e a linguagem são fundamentais para que algum fato seja interpretado, mas, acima de tudo, é necessário que seja feita uma escolha adequada dentre a multiplicidade de sentidos, o que nem sempre é uma tarefa fácil.

Na minha opinião, a enurese, para além do desequilíbrio fisiológico, deve ser considerada como uma via de expressão de dificuldades emocionais da criança. Portanto, acredito que esta eliminação involuntária e inconsciente da urina revele, de alguma maneira, o seu sentimento de desamparo não somente frente ao crescimento da excitação pulsional advinda do corpo, mas também frente às demandas as quais ela é/está submetida.

Apesar dos autores citados não relacionarem diretamente enurese e problemas de linguagem oral, tema dessa dissertação, recorro à afirmação de Dolto e Hamad (1998, p. 127): “a enurese é, sem dúvida, uma linguagem”, corroborada por Dolto (1996), que a considera como uma linguagem muda no corpo da criança.

2.4 Enurese e problemas de linguagem

“Amadurecer e crescer significa tornar-se capaz de lidar com o ritmo entre felicidade e infelicidade. (...) Amadurecer significa atribuir a mim próprio o que consigo fazer, empenhar toda a minha energia em alcançá-lo. Nem mais, nem menos”. (ULRICH SCHAFFER, 1942, p.33)

Ao longo desses anos de profissão, atendi crianças com diversas queixas quanto à linguagem oral, e muitas vezes, logo na entrevista inicial (ou mesmo ao longo do processo terapêutico fonoaudiológico), a queixa de enurese manifestava-se.

Durante as entrevistas com familiares, sempre permanecia atenta aos dados da história da criança desde a sua concepção, pois, conforme afirmou Levin (2002), esta se constitui sujeito e se constrói em um corpo, que cresce, se desenvolve e amadurece.

De acordo com o mesmo autor, é através da ligação deste sujeito com o seu funcionamento imaginário - resultante da construção deste corpo - que acontecimentos singulares do seu desenvolvimento se tornam possíveis. (LEVIN, 2002)

Jerusalinsky (2007) afirma que o desenvolvimento do bebê humano não opera por simples automatismo biológico, pois o ritmo do seu desenvolvimento é marcado pelo efeito na relação com o outro.

O mesmo autor refere que o corpo se organiza pelas marcas simbólicas que o afetam, independentemente dos estímulos externos. Isto faz com que o sujeito seja obra da linguagem, ainda que, para operar na criança, tal estrutura dependa parcialmente da permeabilidade que o maturativo e o constitucional lhe ofereçam desde o campo biológico. (JERUSALINSKY, 2007)

Nessa perspectiva, quanto mais o comportamento da criança for regido pelas condições anátomo-fisiológicas, menor o seu trânsito no espaço simbólico, e, portanto, menos inserido na linguagem estará este sujeito. Consequentemente, as suas habilidades comunicativas orais estarão comprometidas, pois toda constituição motora está sustentada pela constituição simbólica. (JERUSALINSKY e BERLINCK, 2008)

Portanto, é na maneira de comparecerem no laço com os outros, e não somente em relação a um índice de desenvolvimento maturacional, que as habilidades psicomotoras, a construção do pensamento, a aquisição da língua e os hábitos de vida diária podem se realizar. (JERUSALINSKY e BERLINCK, 2008)

Confesso que uma questão específica - o processo de amadurecimento - sempre despertou a minha curiosidade como terapeuta.

E, após entrar em contato com a Psicanálise, fiquei mais atenta à importância das práticas simbólicas desde o início da vida da criança, mais especificamente sobre o quanto (e de que maneira) estas poderiam estar diretamente relacionadas ao seu amadurecimento.

Quando nasce um irmãozinho, por exemplo, é comum observarmos que muitas crianças voltam a agir como um bebê. Às vezes isso é evidenciado, por exemplo, pela fala infantilizada, assim como pela enurese.

A citação de Green (1991, p.23, grifo meu) pode ilustrar essa situação:

Quando sobrevém um trauma, ou quando o conflito adquire forma muito aguda, a regressão força a libido a retornar às fixações anteriores para encontrar satisfações substitutivas às satisfações proibidas pelo conflito. De fato, a libido evolui em ondas sucessivas onde cada onda ligada a uma zona erógena se superpõe às outras como numa lava vulcânica.

Isto ocorre porque a subjetividade do sujeito freudiano se constitui na dinâmica entre o consciente e o inconsciente, e sem abandonar as marcas originárias que o constituem psiquicamente. (MAGGI, 2007)

Porém, vale ressaltar que, na perspectiva freudiana, tudo pode ser traduzido e adquirir um significado não somente através do simbolismo, mas também através do conhecimento acerca das teorias sexuais da infância. (FREUD, 1909/1988)

Nos primeiros passos para a compreensão do mecanismo dos sintomas histéricos, Freud (1896/1980) considera que os traços ou marcas psíquicas estariam vinculados a experiências traumáticas de conteúdo sexual. Portanto, o que estava por trás dos sintomas era uma excitação de natureza sexual e conflitiva. Ainda de acordo o autor, o sintoma é constituído por múltiplos fatores.

Além disso, a restrição de uma função do ego tem como finalidade evitar que este entre em conflito com o id, ou seja, com aquilo que tenha sido recalcado. Isto significa que a função do ego de um órgão fica prejudicada se a sua significação sexual é prejudicada. (FREUD, 1926/1988)

Isto pode ocorrer, por exemplo, nas crianças que apresentam atraso de linguagem.

Pode-se supor, a partir da perspectiva psicanalítica freudiana, que quando a criança apresenta a co-ocorrência da enurese e de problemas de linguagem oral, possivelmente tem também conflitos de natureza sexual. Nesse caso específico, conteúdos recalcados podem estar relacionados ao caráter erógeno de dois orifícios corporais: a boca e a uretra.

Dolto e Hamad (1998) ressaltam que os orifícios do corpo são locais de expressão que não podem funcionar sem a presença do outro, e por isso tornam-se sinais ou símbolos associados aos atos reativos às emoções (confortantes ou incômodas) dirigidas pelo adulto à criança.

Diante disso, pode-se reafirmar que a enurese e os problemas de linguagem oral também têm função simbólica.

É interessante apontar aqui que a mesma autora compara a cistite (inflamação das vias urinárias, frequente em meninas) a um quadro de disfluência de fala: “uma excitação da uretra, uma espécie de gaguejo doloroso do canal urinário... que age sobre a retenção da urina”. (DOLTO e HAMAD, 1998, p.132)

Numa abordagem bio-psíquica, sustentada nessa dissertação, recorro a Martz, que aborda os sentidos dos problemas de linguagem “*em relação*, ou seja, *nas situações vivas de interação verbal*.” (MARTZ, 2004, p.242)

Na opinião dessa mesma autora, problemas de expressão oral, ainda que tenham etiologia orgânica, irão se manifestar quando existe a intenção de se endereçar alguma mensagem ao outro, o que pode ser ilustrado pela afirmação:

A linguagem, em sua característica notadamente intersubjetiva, mostra que o diálogo é sempre com um outro, quer ele seja interno ao psiquismo, quer ele se constitua pela pessoa com quem falamos em determinada situação.” (MARTZ, 2004, p. 244)

A meu ver, isto também se aplica à enurese. Jerusalinsky (2007) refere que as enureses colocam o corpo capturado pelas determinações simbólicas a serviço da expressão sintomática psíquica.

Apesar de não implicar em riscos, a persistência do quadro enurético afeta negativamente a auto-estima dessas crianças, assim como a sua qualidade de vida. (AJURIAGUERRA, 1980; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; WHAREN, 2008)

Ao atender crianças com problemas de linguagem oral e enurese, muitas vezes fui informada por elas mesmas ou pelos seus pais, que os efeitos da exposição social afetavam a sua auto-estima. As próprias crianças chegaram a assumir, durante o atendimento, que sentiam vergonha, por exemplo, quando eram solicitadas a ler em voz alta, ou ainda quando acordavam molhadas na própria ou em outra cama, quando eram convidadas a dormir fora de casa. Nessas situações, frequentemente eram alvo de chacotas e/ou comentários negativos por parte de amigos e familiares.

Considerando-se que o sujeito é constituído pela linguagem, presumo que tais eventos resultem em desdobramentos significativos no corpo e no psiquismo dessas crianças, ou seja, no campo simbólico. Isto porque “O sujeito humano não é mais do que linguagem, e fora dela não é nada”. (JERUSALINSKY, 2007, p.56)

Esta dor psíquica, função muitas vezes de sentimentos aprisionados convertidos em uma fonte de conflitos internos, expressa-se tanto com palavras como com o corpo, sinalizando um estado de vulnerabilidade. Além de supor que ali se instala uma alteração da auto-imagem, passei a considerar a angústia do desamparo como uma variável comum aos problemas de linguagem oral e à enurese.

Nesse momento, parece-me fundamental apontar para o fato de que, de acordo com Green (2001), o perigo do desamparo psíquico corresponde à época da imaturidade do ego.

Mais uma vez, aponto semelhança do ponto de vista bio-psíquico entre as duas marcas corporais: tanto quando manifestam problemas de linguagem oral como enurese, tais crianças apresentam algum indicativo de imaturidade.

Por outro lado, tive a oportunidade de constatar que algumas dessas crianças deixaram de ser enuréticas durante ou logo após o término do processo terapêutico fonoaudiológico, uma vez que esse contemplava, dentre outros aspectos, a erogeneização das estruturas orais.

Por isso, passei a supor a existência de alguma outra relação entre os problemas de linguagem oral e a enurese, ou, mais ainda, que algo havia se modificado naqueles sujeitos, algo que transcendia a superação dos seus problemas de linguagem.

Isto porque, na indissociabilidade entre linguagem, corpo e psiquismo, os problemas de linguagem oral e a enurese parecem ser co-ocorrências sintomáticas tecidos em uma rede simbólica e, portanto, apresentam relação com a constituição subjetiva da criança e à maneira como ela circula pelo espaço discursivo.

Desta forma, acredito que a intervenção terapêutica fonoaudiológica deva oferecer como proposta a criação de um novo espaço de simbolização, situando a palavra na dimensão real da pulsão, ou seja, na dimensão do desejo da criança.

E assim, a meu ver, levando-se em conta a interdependência bio-psíquica dessas marcas corporais, falar em cura passa a ser uma possibilidade. Jerusalinsky (2007) afirma que, na vertente psicanalítica, a cura é um processo que vai acontecendo passo a passo, uma vez que a estruturação do sujeito psíquico não obedece a uma ordem cronológica, e sim a uma ordem lógica.

Com relação aos problemas específicos de linguagem oral, Dolto (1999) sugere que crianças que demoram a falar ou têm algum retardo motor podem até vir a se desenvolver adequadamente quanto a esses aspectos.

E, no que se refere às formações sintomáticas em geral, afirma que a criança é responsável pelos seus sintomas e pela demanda de cura. Mas, apesar disso, a autora não descarta a importância da interlocução, pois

o papel da educação é ajudar a criança a estabelecer uma hierarquia de seus desejos que lhe permita evoluir voltando-se cada vez mais para a vida social e desenvolvendo a potência de sua personalidade. (...) é absolutamente necessário que (o desejo) tenda a se realizar, senão vem a angústia, que se transforma em sintoma. (DOLTO e HAMAD, 1998, p.31)

Para ela, conversar com a criança sobre o seu desejo é criar oportunidades de abrir um mundo de representação, de vocabulário, de promessas de prazeres e, portanto, de linguagem. A criança sempre entende quando é orientada no sentido de seu desejo, já que este evolui na linguagem.

Ainda na opinião da autora, a enurese pode se relacionar aos problemas de linguagem oral no que diz respeito ao amadurecimento da criança. (DOLTO, 1999)

Terapeuticamente, parece-me que esta proposta sugere o estabelecimento de um novo laço: falar à criança sobre os seus desejos, dando-lhe condições para que ela saia de uma condição de anonimato e deixe de comparecer somente através de um corpo.

Essa aposta simbólica, que toma a criança como sujeito da linguagem antes mesmo dela sê-lo, vai auxiliar a criança a superar a fragilidade de sua autonomia e alcançar, gradativamente, um estado de unidade de si mesma à medida que vai amadurecendo, mudando de posição, ou seja, saindo do estado fusional em que se encontra desde o nascimento.

A criança, então, desenvolve a sua capacidade de usar “os sistemas simbólicos que organizam as suas relações de objeto no campo fantasmático e, por efeito deste, no campo da realidade.” (JERUSALINSKY, 2007, p.30)

Através de práticas simbólicas, o terapeuta consegue auxiliá-la na construção de sua subjetividade. Nesse momento, novamente recorro a Levin (2002), que afirma que o sujeito só vai existir se ele se estruturar, porque a estrutura do sujeito é a própria linguagem que, governada pela ordem simbólica, o constitui, enquanto que o desenvolvimento pertence aos aspectos motores, verbais e mentais do corpo. De acordo com o mesmo autor, sem as relações simbólicas a criança pode até se desenvolver, mas não necessariamente um sujeito.

Referindo-se a este dinamismo, Boileau (2007, p.72) afirma que

Da linguagem, destacaremos que não é apenas uma função de sentido, mas também um processo dinâmico. Sabemos de onde vem a energia que aí se concentra. A princípio, da transferência das pulsões parciais: a oralidade aí se reencontra (o prazer de falar, de pronunciar lentamente as palavras que saboreamos como balas), assim como da analidade (a boca é um esfíncter e o ar, depois de retido por um tempo, deve ser expulso com autodomínio). Mais tarde, é claro, da atração exercida pelo objeto – o mesmo que, numa busca intersubjetiva, o paciente procura controlar através de perguntas e questões, contudo ele logo pressente que é a sua escuta que ele procura porque dá sentido ao investimento intrapsíquico de sua própria palavra.

Além disso, à medida que a criança adquire escuta para si mesma, suas emissões e seus sentimentos, ela também passa a transitar de outra maneira no espaço simbólico. E, uma vez antecipada no imaginário do outro ao ser tomada como sujeito de linguagem, ou seja, como possibilidade de um “vir a ser”, tenho observado que a criança passa a circular de maneira diferente na dialogia.

A linguagem, portanto, passa a capturar este sujeito e situá-lo de uma maneira diferente em relação à cultura. Isto porque, “o sujeito humano não é mais do que linguagem, e fora dela não é nada”. (JERUSALINSKY, 2007, p.56)

Gostaria de ressaltar que isto somente é possível através do vivenciar do encontro humano, onde a criança vai buscar alguém que possa auxiliá-la a “se constituir, a ter interlocução e a colocar em devir a questão que traz em forma de sofrimento”. (SAFRA, 2006b, p. 35)

Na perspectiva winnicottiana, o amadurecimento da criança acontece na medida em que se estabelece um senso de eu, que permite, por exemplo, o confronto (ainda que apenas por curiosidade), além do direito de se ter uma opinião pessoal. (WINNICOTT, 2005)

O que, a meu ver, durante o processo de terapia fonoaudiológica, faz parte do *setting*.

Como a imaturidade bio-psíquica é uma variável comum a ambos os sintomas, recorro a Cunha (1997), que sugere que os fonoaudiólogos devem investir no conhecimento a respeito de *mutações emocionais* que acompanham os seus clientes, sendo “a *linguagem* ferramenta indispensável para esta tarefa em todos os

quadros clínicos em que seus sintomas se manifestam, tanto na presença como na ausência de disfunções orgânicas.” (CUNHA, 1997, p.80)

A meu ver, a co-ocorrência da enurese infantil e de problemas de linguagem oral diz respeito a um sujeito que disponibiliza-se para comunicar algo que o aflige através do corpo.

Acredito que tais co-ocorrências reflitam a desestabilização do funcionamento bio-psíquico, a demanda de acolhimento e de compreensão dessa criança, presentificados em ambas as manifestações sintomáticas e seus conteúdos latentes. O que convida a citar Paul Tournier, poeta suíço nascido em 1898: “Nada nos deixa tão solitários quanto nossos segredos”. (TOURNIER *apud* YOUNG, 2008)

Portanto, uma vez que a estruturação psíquica depende da simbolização que se opera no corpo da criança, acredito que enfatizar apenas os aspectos motor e orgânico, tanto da enurese como dos problemas de linguagem oral, é um convite ao refúgio no discurso técnico.

Nesse caso, quando a terapia fonoaudiológica aborda os problemas tendo como princípio metodológico de trabalho uma perspectiva orgânica, o terapeuta perde de vista o sujeito como um todo, suas necessidades, seus desejos e, acima de tudo, suas verdadeiras demandas.

O que, na minha opinião, significa (re)cair no desamparo do eu, ou seja, na própria condição de desamparo psíquico do paciente.

CAPÍTULO 3 - MÉTODO

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa clínico-quantitativa de caráter descritivo/interpretativo. As relações entre problemas de linguagem e enurese em crianças foram consideradas a partir de uma abordagem bio-psíquica. O estudo será apresentado em três dimensões, as quais, para efeito didático, serão denominadas “situação 1”, “situação 2” e “situação 3”.

A “situação 1” diz respeito a um grupo de crianças de uma Instituição. A “situação 2” representa especificamente a evidência da co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese. A “situação 3” diz respeito ao estudo de caso clínico emblemático para esta questão. Cada situação será descrita separadamente, a seguir. Ao final, será apresentada uma figura que sintetiza as etapas do método.

3.1.1 Situação 1

O cenário é uma instituição beneficente da Grande São Paulo (“Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista”), fundada em 1937, a qual acolhe, atualmente, um número total de 250 crianças e jovens a partir dos 3 anos de idade, judeus e não judeus, em situação de vulnerabilidade pessoal, econômica e social, vinculadas à sua família natural ou substituta mediante guarda, tutela ou adoção.

As crianças ficam no “Lar” durante o período diurno e recebem alimentação, assistência médica, odontológica, psicológica, fonoaudiológica e pedagógica, retornando para as suas casas no final do dia.

Além de oficinas educativas e profissionalizantes (como, por exemplo, oficina literária, informática, artes, esportes, cozinha experimental, iniciação musical/canto),

é oferecido um espaço para recreação, lazer, esportes, biblioteca, laboratório de informática, além de atividades sociais e culturais, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento pessoal, despertar potencialidades e capacitá-los para o futuro. Os jovens recebem todo o apoio para sua formação e futura profissionalização.

O “Centro da Educação Infantil” oferece o “Programa Despertar”, que acolhe diariamente as crianças em atividades sociais, educativas e de alfabetização, preparando-as para cursar a primeira série. No “Núcleo Sócio-Educativo” são oferecidos o “Programa Descobrir” (para crianças de 1ª a 5ª séries, que oferece atividades no contra-turno da escola, no qual as crianças recebem reforço escolar e participam das oficinas e de um conjunto de atividades sociais e culturais), e o “Programa Escolher” (para adolescentes de 6ª a 8ª séries, que têm um horário mais flexível, e participam das diversas oficinas já com caráter de capacitação, visando uma futura profissionalização). O “Lar” ainda oferece o “Núcleo de Atendimento ao Adolescente” e a “Atividade Complementar – Familiar”, através do “Programa Integrar”, o qual oferece apoio, informação e assistência aos familiares.

Há uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, pedagogos, professores, cuidadores, secretárias, enfermeira e uma fonoaudióloga, além de uma equipe de voluntários da área da saúde (médicos, psicólogos, dentistas, etc), assim como na administração, ou ainda oferecendo cursos de inglês, jornalismo, culinária, artesanato, danças folclóricas e cerâmica. Quando necessário, as crianças recebem atendimento terapêutico fonoaudiológico e/ou psicológico ali mesmo ou são encaminhadas para outros profissionais, fora da Instituição.

Levando-se em conta a pesquisa das co-ocorrências entre problemas de linguagem oral e enurese, realizada com parte das crianças que frequentam a Instituição descrita acima, é necessário que sejam feitas algumas considerações.

De acordo com Maggi (2007), a instauração de qualquer fato traumático no sujeito não necessariamente está relacionada às suas condições sócio-econômicas menos favoráveis.

Além disso, a organização corporal não se dá apenas em relação a um índice de desenvolvimento biológico, mas também pelas marcas simbólicas que o afetam,

independente dos estímulos externos. A partir daí, as habilidades psicomotoras, a aquisição da língua, a construção do pensamento e os hábitos de vida diária podem se realizar. (JERUSALINSKY e BERLINCK, 2008)

No que se refere especificamente à enurese, deve-se levar em consideração os contextos fisiológico, familiares, afetivos, sociais e cognitivos, pois os quadros enuréticos independem de classe social e/ou nível de rendimento. (LLUÍS, 1993; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; GARCÍA, 2006)

Enquanto a enurese primária costuma ser superada com o próprio amadurecimento da criança, a enurese secundária pode estar relacionada ao sofrimento de ameaças, assim como privações, frustrações mal-suportadas ou ainda um abandono real, pois, quanto mais conflitos a criança vive, maior a probabilidade de que este sintoma apareça em função de problemas emocionais e ambientais, o que aponta para um estado de vulnerabilidade. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; GARCÍA, 2006)

Vale ressaltar que as reações da criança enurética e as atitudes dos familiares perante essa criança são variáveis importantes, pois interferem no controle esfinteriano. (OLIVEIRA, 1987; AJURIAGUERRA, 1980; DOLTO e HAMAD, 1998; DOLTO, 1999; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

Em se considerando especificamente os problemas de linguagem, Vorcaro (1999, p.122, grifo meu) afirma que “os distúrbios da linguagem, mesmo quando associáveis a quadros orgânicos ou a limitações do meio social, trazem a marca da posição de um sujeito na língua”. Portanto, a autora defende que os problemas de linguagem referem-se ao sujeito como efeito da linguagem e o seu “jeito de estar” na linguagem, o que independe da sua condição sócio-econômica.

Em síntese, tendo como referência uma abordagem bio-psíquica, é fundamental que se leve em conta as posições que este sujeito que apresenta problemas de linguagem oral e enurese ocupa nas relações interpessoais, pois, para além de qualquer comprometimento orgânico, tais ocorrências sofrem influência direta de um campo simbólico já instaurado.

3.1.1.1 Casuística - sujeitos

Todas as crianças que frequentam o “Lar”, cujas idades variam entre 3;0 e 10;0 anos. O número de crianças que se encontra dentro dessa faixa etária é 120. As variáveis sexo e etiologia foram desconsideradas.

A escolha desta faixa etária é justificada pelos seguintes fatores:

1. maturidade neurológica (PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)
2. etapas do desenvolvimento psicosssexual da infância: da fase oral ao final da fase de latência (FREUD, 1905/1989)

3.1.1.2 Procedimento

3.1.1.2.1 Na instituição

Inicialmente, foi marcada uma entrevista com a psicóloga responsável para se avaliar a viabilidade da realização dessa pesquisa. Uma vez aceita a proposta, a pesquisadora foi apresentada à equipe de profissionais que estavam em contato direto com as crianças. Por orientação da direção, a fonoaudióloga responsável passou a fazer toda a mediação necessária para que se desse início aos procedimentos.

Foi elaborado um questionário para a obtenção de dados sobre a ocorrência de problemas de linguagem oral e/ou da enurese. (Anexo 1). Os questionários foram enviados à fonoaudióloga, que então solicitou às educadoras que os encaminhassem aos pais/responsáveis de seus respectivos alunos.

3.1.1.2.2 Critérios de análise e interpretação dos resultados

Após o prazo estipulado para a devolução (10 dias), foi feita a contagem geral dos questionários considerando-se o número de enviados e respondidos. Dos 120 questionários enviados, 104 foram respondidos. Os pais de uma criança devolveram o questionário sem resposta sobre a ocorrência da enurese. As respostas dadas pelos pais com relação à ocorrência (ou não) da enurese foram aceitas como verdadeiras, e a sua inclusão para posterior análise dos resultados não dependeu de qualquer especificação quanto à frequência, período de ocorrência (diurno e/ou noturno) e subtipo da enurese (primária/secundária). Ao final da coleta de dados, foi elaborada uma tabela contendo as seguintes categorias: nome da criança, sexo, data de nascimento, idade, problema de linguagem (sim/não), enurese diurna (sim/não), enurese noturna (sim/não). A partir das respostas dos questionários, foram feitas correlações estatísticas associando: problemas de linguagem oral e enurese, enurese e idade, e problemas de linguagem oral e idade.

As co-ocorrências entre problemas de linguagem oral e enurese (noturna e/ou diurna) foram analisadas através de estatística descritiva: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. Foram utilizados os testes t-Student e teste exato de Fisher. (FISHER e VAN BELLE, 1993)

Além disso, os dados obtidos nas correlações estatísticas também foram analisados a partir de uma abordagem bio-psíquica.

3.1.2 Situação 2

3.1.2.1 Casuística

A partir das respostas obtidas nos questionários enviados e devolvidos pelos pais, foram selecionadas 16 crianças, todas enuréticas. Dessas 16 crianças, 11

apresentavam queixas de problemas de linguagem oral, e 05 apresentavam somente o quadro enurético.

São elas: 08 crianças que apresentaram a co-ocorrência de enurese noturna e queixa de problemas de linguagem oral; 01 criança que apresentou a co-ocorrência de enurese diurna e queixa de problemas de linguagem oral, 02 crianças que apresentaram a co-ocorrência de enurese diurna e noturna e queixa de problemas de linguagem oral. Das 05 crianças que apresentavam somente o quadro enurético sem queixa de problemas de linguagem oral, 04 apresentavam enurese noturna e 01 apresentava enurese diurna e noturna.

Porém, duas crianças enuréticas (uma com queixa de problemas de linguagem oral e a outra sem queixa de problemas de linguagem oral) saíram da Instituição após a entrega do questionário respondido. Portanto, o número final de crianças selecionadas para avaliação fonoaudiológica individual foi 14.

3.1.2.2 Procedimento

3.1.2.2.1 Avaliação fonoaudiológica individual

Cada uma dessas 14 crianças passou individualmente por uma avaliação fonoaudiológica através de observação clínica em contexto dialógico e lúdico. Além disso, aplicou-se o Protocolo de Observação Comportamental (PROC), especificamente o ítem Habilidades Comunicativas (HC). (ZORZI e HAGE, 2004)

A avaliação fonoaudiológica teve como objetivos: confirmar (ou não) as respostas afirmativas fornecidas pelos pais com relação aos problemas de linguagem oral em seus filhos, e verificar se as crianças enuréticas sem queixas familiares de problemas de linguagem oral apresentavam alguma alteração nesse sentido.

Quanto ao “setting”, utilizou-se uma sala de atendimento fonoaudiológico dentro da própria instituição. A duração de cada sessão de avaliação foi 40 minutos, e para cada criança foi oferecido o seguinte material: papel em branco, lápis de cor, giz de cera, lápis preto nº.2, borracha, apontador, fantoches, miniaturas (cozinha, alimentos, carrinhos), bichos de pelúcia, carrinhos e livros de histórias. Cada criança escolheu livremente o material a ser utilizado.

3.1.2.2.2 Registro do material

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2008.

Os registros foram feitos a partir: de gravação digital para análise do material obtido na avaliação da linguagem oral de cada criança, do preenchimento do PROC, seguido de pontuação, e de dados clínicos relevantes encontrados nos prontuários das crianças avaliadas.

3.1.2.2.3 Análise dos dados

Devido ao reduzido tamanho da amostra, não foi feito teste de hipótese, e esta análise foi restrita a um estudo descritivo. Os resultados obtidos a partir dos dados obtidos na avaliação fonoaudiológica individual das 14 crianças enuréticas selecionadas foram descritos e acrescidos das respectivas pontuações do item Habilidades Comunicativas do PROC para cada criança, as quais foram transformadas em porcentagens. Calcularam-se os valores das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das pontuações percentuais.

Realizou-se também a comparação entre os resultados obtidos no PROC e a avaliação fonoaudiológica realizada pela pesquisadora. Os resultados foram

discutidos e interpretados qualitativamente a partir da articulação entre o material clínico e o referencial teórico da Fonoaudiologia e da Psicanálise.

3.1.3 Situação 3

3.1.3.1 Sujeito

Trata-se de um estudo de caso clínico. Criança do sexo feminino, avaliada aos 5 anos e 8 meses, é uma das 14 crianças enuréticas selecionadas na Situação 1. Iniciou a terapia fonoaudiológica em março de 2009 (motivo: alterações vocais e desvios fonológicos).

3.1.3.2 Procedimento

A coleta dos dados foi realizada a partir de registros do material clínico apreendidos desde março até novembro de 2009, período em que a criança estava sendo atendida. Além de fragmentos obtidos durante as sessões de terapia, também foram utilizadas informações relevantes da sua história e de seus prontuários.

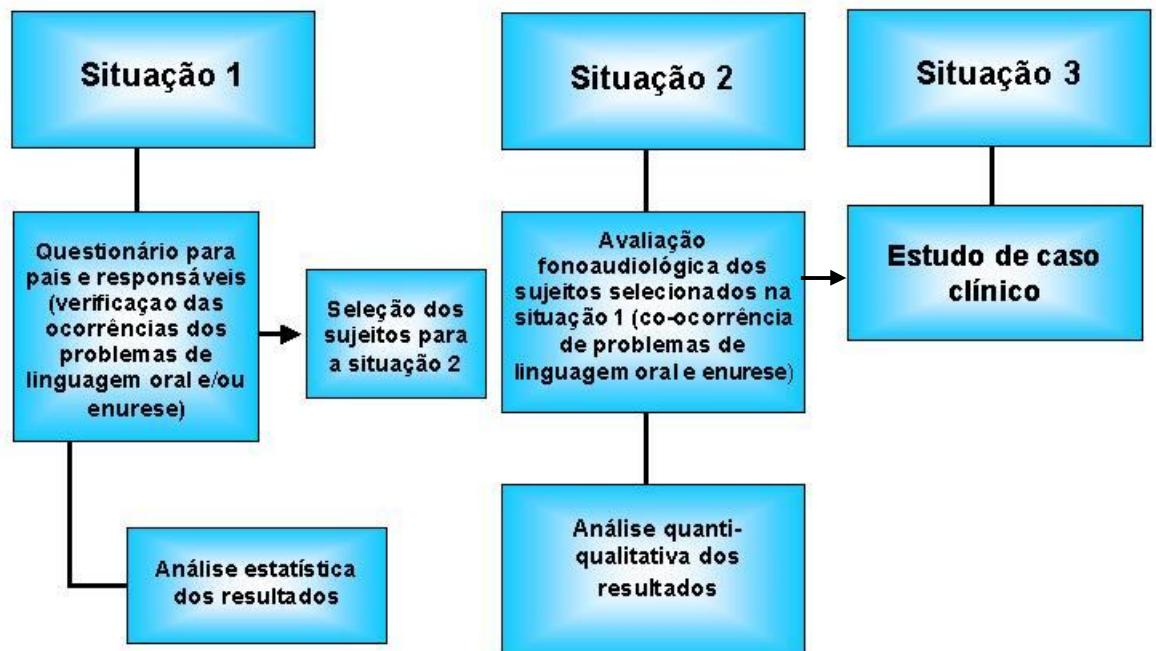
3.1.3.3 Critérios de interpretação de resultados

Uma vez que a concepção de linguagem considerada neste estudo articula o funcionamento simbólico ao funcionamento psíquico, a interpretação do material clínico foi feita nas interfaces entre linguagem, corpo e psiquismo, especificamente no que se refere às co-ocorrências entre problemas de linguagem oral e enurese, a partir dos referenciais teóricos da Fonoaudiologia e da Psicanálise.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, protocolo de pesquisa número 325/2008.

Os nomes dos pacientes foram substituídos, de forma que suas identidades fossem preservadas, e o “Termo de Livre Consentimento” foi devidamente assinado pelos responsáveis.

Figura 2 - Síntese dos procedimentos



CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados, e discutidos a partir das 3 situações propostas no método.

4.1 Situação 1: A partir das respostas dos pais ao questionário

A amostra é composta por 104 crianças, com média de idade de 86,9 meses (desvio padrão de 21,9 meses), sendo 41 (39,4%) do sexo feminino e 63 (60,6%) do sexo masculino.

Com o objetivo de descrever os valores da idade observados na amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo, e construídos *box-plots* dessa variável nos grupos com e sem problema de linguagem, e com e sem enurese. As médias das idades nos grupos com e sem problema de linguagem foram comparadas por meio do teste t-Student. O mesmo procedimento foi adotado para comparar as médias dessa variável nos grupos com e sem enurese. As prevalências de problema de linguagem e enurese foram estimadas pontualmente e construídos intervalos de confiança de 95%. A associação entre enurese e problema de linguagem foi avaliada por meio do teste exato de Fisher. As técnicas estatísticas adotadas estão descritas em Fisher e Van Belle (1993). Foi adotado nível de significância de 0,05 em todos os testes de hipótese.

4.1.1 Enurese noturna e enurese diurna

Foi considerada enurética a criança que apresentou enurese diurna e/ou noturna. Observou-se nas 104 crianças: 87 (83,7%) não têm enurese (diurna e/ou

noturna), 12 (11,5%) têm enurese noturna, 01 criança (1%) tem enurese diurna e 03 crianças têm os dois tipos de enurese (2,9%). A prevalência de crianças com enurese é de 15,5%, com intervalo de confiança de 95%: [9%; 24%]; de 01 criança (1%) não há informação sobre enurese.

A tabela a seguir apresenta as porcentagens conjuntas de crianças com enurese diurna e enurese noturna.

Tabela 1 - Frequências e porcentagens conjuntas de enurese diurna e enurese noturna

Enurese diurna	Enurese noturna			Total
	Não respondeu	Não	Sim	
Não respondeu	1 1%	0	0	1 1%
Não	0	87 83,7%	12 11,5%	99 95,2%
Sim	0	1 1%	3 2,9%	4 3,8%
Total	1 1%	88 84,6%	15 14,4%	104 100,00%

4.1.2 Problemas de linguagem oral em crianças com e sem enurese

A Tabela 2 apresenta as distribuições de frequências e porcentagens de problemas de linguagem nas crianças com e sem enurese. Destaca-se, como dado significativo, que os pais de 56 crianças apresentaram queixas de problemas de linguagem oral (53,9%).

Tabela 2 - Frequências e porcentagens de problemas de linguagem oral nas crianças com e sem enurese

Enurese	Problemas de linguagem oral		Total
	Não	Sim	
Não respondeu		1 100,00%	1 100,00%
não	43 49,40%	44 50,60%	87 100,00%
sim	5 31,3%	11 68,8%	16 100,00%
Total	48 46,20%	56 53,90%	104 100,00%

A porcentagem de crianças com problema de linguagem oral e sem enurese é 50,6%. Este valor é menor do que o observado nas crianças com enurese (68,8%).

Embora, do ponto de vista estatístico, não tenha sido detectada diferença significativa entre as porcentagens de ocorrência de problema de linguagem oral nas crianças com e sem enurese ($p=0,276$), esses resultados são interpretativamente analisáveis. Observou-se que as crianças enuréticas apresentaram mais problemas de linguagem oral que as não enuréticas, especialmente no que se refere a “falar pouco”. A porcentagem de crianças com a queixa “fala pouco” no grupo com enurese é de 25,0%, enquanto a porcentagem de crianças sem enurese com esta mesma queixa é de 5,80%.

Pesquisas associando enurese e problemas de linguagem apontam que as crianças enuréticas apresentam dificuldades globais de expressão. (FONT, 1985, 1987)

Por outro lado, a meu ver, o fato de uma criança “falar pouco” é um indicativo de inibição. De acordo com Freud (1926/1988), a inibição expressa a restrição de uma função do ego, a fim evitar que este entre em conflito com o id, ou seja, com conteúdos recalçados. Para o mesmo autor, algumas inibições representam o abandono de alguma função, porque a sua prática produziria ansiedade.

Partindo de uma abordagem bio-psíquica dos problemas de linguagem, acredito que a criança que “fala pouco” esteja sinalizando no corpo a reduzida erogeneização da sua região oral. E, na perspectiva freudiana, a baixa erogeneização da região oral acaba se tornando objeto de desprazer.

Nessa direção, ressalta-se que a criança começa a entrar em contato com o mundo, desde o início da vida, através da boca. Além disso, desde as primeiras emissões, os fonemas são investidos não somente pelo valor que lhes é atribuído pela própria criança, como também pelas reações que provocam no outro, pois palavras suscitam afetos e influenciam os seres humanos constante e mutuamente (AJURIAGUERRA, 1980; DOLTO, 1999)

Conforme afirmou Boileau (2007), uma vez que existe um elo muito forte entre linguagem e sensação, o corpo (como construção simbólica) é o lugar de comunicação precoce a partir da sua erogeneização. Consequentemente, nas crianças que apresentam problemas de linguagem oral deve-se esperar algum comprometimento da constituição subjetiva, uma vez que esta depende diretamente das relações simbólicas sustentadas por este sujeito.

Assim como os problemas de linguagem oral estão relacionados ao processo de erogeneização da boca e suas estruturas, a enurese relaciona-se à erogeneização de um outro orifício corporal: a uretra. (DOLTO e HAMAD, 1998)

Apesar da escassez de literatura específica sobre as co-ocorrências entre os problemas de linguagem oral e enurese, alguns autores atribuem etiologia bio-psíquica a essa co-morbidade. (AJURIAGUERRA, 1980; FONT, 1985, 1987; DOLTO, 1999)

Considerando-se que, de acordo com Cunha (1997), linguagem, corpo e psiquismo são instâncias indissociáveis, parece-me importante que se investigue, com os pais que apresentam queixas em relação à linguagem oral de seus filhos, as peculiaridades do funcionamento do esfíncter vesical dos mesmos.

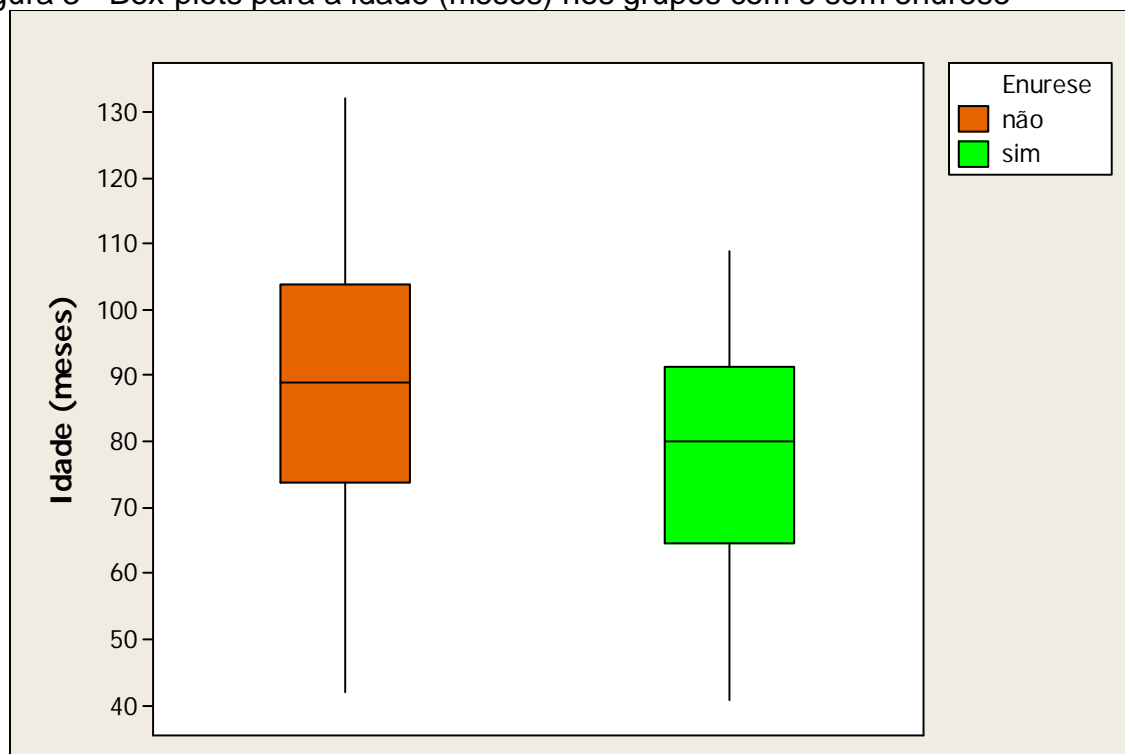
4.1.3 Enurese e idade

A tabela 3 mostra as estatísticas descritivas para idade (em meses) nos grupos com e sem enurese. Os *box-plots* na Figura 3 mostram que, nessa amostra, as crianças com enurese são, em média, mais novas.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas para a idade (meses) nos grupos com e sem enurese

Enurese	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Não respondeu	1	121		121	121	121
Não	87	87,8	21,5	42	89	132
Sim	16	77,4	21,0	41	80	109
Total	104	86,5	21,9	41	88,0	132

Figura 3 - Box-plots para a idade (meses) nos grupos com e sem enurese



Não foi detectada diferença significativa entre as médias das idades nos grupos com e sem enurese ($p=0,082$). Portanto conclui-se que, para esta amostra, a enurese independe da idade.

Este resultado corrobora a literatura uma vez que, independentemente das causas biológicas, cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento e, portanto, a sua individualidade deve ser considerada na compreensão da enurese em cada caso particular. (FERREIRA, 2004; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005)

A literatura também mostra que há controvérsias com relação à idade em que a criança passa a ser considerada enurética. Evidencia-se, em diversos estudos sobre este tema, que não se estabelece uma distinção clara entre os subtipos de enurese (diurna, noturna ou mista), o que interfere nos resultados das pesquisas. O mesmo acontece quando os estudos não discriminam a diferença entre a enurese primária e a secundária, ou ainda aqueles que não especificam a frequência dos episódios. Além disso, a variedade metodológica (estudos prospectivos longitudinais, estudos retrospectivos, e estudos transversais) e as diferentes populações estudadas também geram diversidade de conclusões a respeito da ocorrência da enurese. (GARCÍA, 2006)

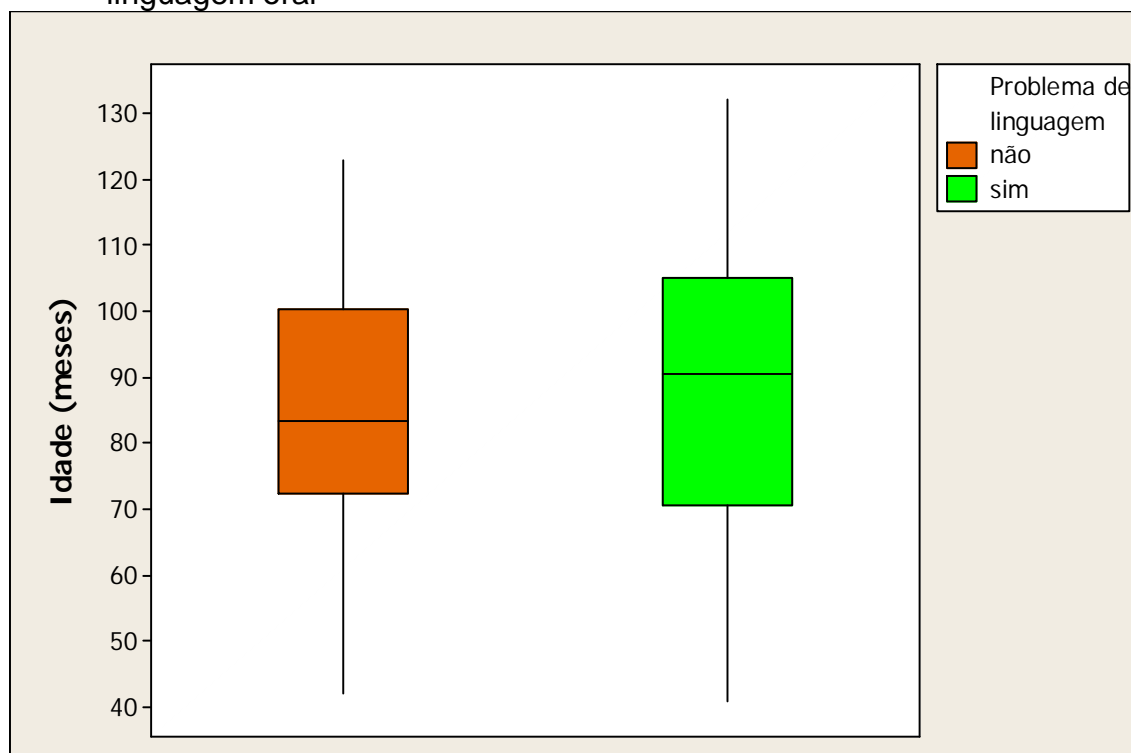
4.1.4 Problemas de linguagem oral e idade

Com relação à associação entre problemas de linguagem oral e idade, observou-se que não foi detectada diferença significativa entre as médias das idades nos grupos com e sem problema de linguagem ($p=0,462$). Portanto, pode se concluir que, para esta amostra, não há associação entre idade e problema de linguagem oral. Estes dados serão apresentados na tabela 4 e na figura 4 .

Tabela 4 - Estatísticas descritivas para a idade (meses) nos grupos com e sem problemas de linguagem oral

Problemas de linguagem oral	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Não	48	84,9	20,4	42	83,5	123
Sim	56	88,0	23,2	41	90,5	132
Total	104	86,5	21,9	41	88	132

Figura 4 Box-plots para a idade (meses) nos grupos com e sem problemas de linguagem oral



Na perspectiva bio-psíquica, crianças que demoram a falar ou têm algum retardo motor podem até vir a se desenvolver, mesmo tendo começado mais tarde quando comparadas a outras crianças. Apesar da importância da interlocução neste processo, quando a criança se sente respeitada em seu próprio ritmo, passa a ser a principal responsável pelos seus sintomas e pela demanda de cura. A criança sempre entende quando é orientada no sentido de seu desejo, já que este evolui na

linguagem. Isto se deve ao seu amadurecimento. (DOLTO e HAMAD, 1998; DOLTO, 1999)

Frente ao objetivo deste trabalho, ressalta-se que o amadurecimento da criança é uma variável comum naquelas que apresentam problemas de linguagem oral e enurese. (DOLTO, 1999)

4.2 Situação 2: A partir das avaliações fonoaudiológicas individuais das crianças enuréticas

Das 104 crianças pesquisadas, 11 tinham queixa de co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese, enquanto 05 tinham apenas queixa de enurese. Dessas 16 crianças com queixa de enurese, 02 saíram da Instituição após a entrega dos questionários respondidos. Portanto, 14 crianças (10 com ambas as queixas e 04 com queixa apenas de enurese) passaram por avaliação fonoaudiológica individual.

Inicialmente, cada uma das 14 crianças enuréticas foi observada em atividade lúdica, em contexto dialógico com a fonoaudióloga. Posteriormente, foi aplicado o Protocolo de Observação Comportamental (PROC), para que fossem avaliadas especificamente as suas Habilidades Comunicativas, através dos itens: 1a (Habilidades dialógicas ou conversacionais), 1b (Funções comunicativas), 1c (Meios de comunicação) e 1d (Níveis de contextualização da linguagem).

Constatou-se que todas as crianças cujos pais queixaram-se de enurese apresentavam algum problema de linguagem oral, incluindo aquelas quatro em que não havia queixas quanto à linguagem oral. Os resultados individuais serão descritos abaixo, e acrescidos das respectivas pontuações do PROC. Os números indicam as crianças de acordo com a mesma numeração em que serão apresentadas na figura 5 (a seguir).

- 1 - Sexo feminino – 3;7 anos – enunciados curtos, porém inteligíveis; elaboração oral precária. Sigmatismo anterior assistemático (distorção

do /s/ e /z/). Esporadicamente, algumas alterações vocabulares (ex. olhos – [z'cyus])– PROC 67 – enurese diurna

- 9 - Sexo feminino – 7;7 anos - Interagiu dialogicamente, apesar de falar pouco espontaneamente. Muito tensa. Apresentou omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais, omissão do arquifonema {R}; falhas de concordância verbal, (predominantemente de número), discreto aumento de saliva no vestíbulo inferior, arcada dentária superior protruída e lábio inferior evertido - PROC 65 – enurese diurna e noturna

- 13 - Sexo feminino – 9;0 anos – fala pouco – PROC 63 – enurese noturna

- 3 - Sexo masculino – 4;4 anos – voz rouca, enunciados curtos e pouco inteligíveis, discreta sialorréia e hipotonia da musculatura oral; arcada dentária superior protruída - PROC 55 – enurese noturna

- 4 - Sexo feminino - 5;8 anos – enunciados curtos, fala infantilizada, articulação imprecisa, omissão assistemática do fonema /r/, incluindo os grupos consonantais, alterações vocais– PROC 54 – enurese noturna

- 7 - Sexo masculino – 6;7 anos – omissão do /r/, incluindo grupos consonantais, omissão do arquifonema {R}, fala com velocidade aumentada – PROC 54 – enurese noturna

- 12 - Sexo masculino – 8;0 anos– fala pouco, falhas de concordância verbal, discreta alteração vocal, omissão assistemática do arquifonema {R} - PROC 54 – enurese noturna

- 8 - Sexo feminino – 6;10 anos - omite /r/ em grupos consonantais e o arquifonema {R} ou o substitui por /X/ ; substitui / ʃ / e / ʒ / respectivamente por /s/ e /z/ ; hipotonia da musculatura perioral - PROC 52 – enurese noturna

- 2 - Sexo masculino – 3;8 anos – discreta sialorréia; voz hiponasal; discreta hipotonia da musculatura oral; respiração bucal - PROC 49 – enurese diurna e noturna

- 6 - Sexo feminino – 5;10 anos – enunciados monossilábicos, sigmatismo anterior; omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais e do arquifonema {R}; língua hipotônica - PROC 46 – enurese diurna e noturna

- 14 - Sexo masculino – 9;5 anos – voz com fraca intensidade, quase inaudível, fala pouco - PROC 39 – enurese noturna

- 11 - Sexo feminino – 7;10 anos – discreta sialorréia, hipotonia da musculatura oral; sigmatismo anterior, mordida aberta anterior; fala pouco, enunciados curtos, falhas de concordância verbal – PROC 33 – enurese noturna

- 5 - Sexo masculino – 5;10 anos – fala pouco, não mantém diálogo, sigmatismo anterior, omissão assistemática do fonema /r/ em grupos consonantais e sistemática do arquifonema {R}; voz com fraca intensidade – PROC 26 – enurese noturna

- 10 - Sexo masculino – 8;0 anos – fala pouco, enunciados curtos, alterações vocais – PROC 24 – enurese noturna

Ressalta-se que das 08 crianças que apresentaram algum desvio fonológico, 07 necessariamente omitiram o fonema /r/ e/ou o arquifonema {R}, sistemática ou assistematicamente.

Em pesquisa realizada com 240 crianças de ambos os sexos, com idades de três a oito anos, tendo como objetivo verificar o uso dos processos fonológicos em uma população com desenvolvimento fonológico normal, concluiu-se que, independentemente da variável sexo, as crianças geralmente apresentam

dificuldades na produção das líquidas e nas estruturas silábicas mais complexas. (FERRANTE, BORSEL e PEREIRA, 2009)

Esses dados corroboram os obtidos nessa amostra a respeito das omissões de /r/ e {R} (07 crianças), uma vez que tais produções são mais tardias.

Por outro lado, a idade que marca a aquisição plena do sistema fonológico de crianças falantes do Português Brasileiro é de cinco anos. A aquisição do /r/ deve ocorrer entre 3;8 e 3;9 anos, enquanto a aquisição do {R} é anterior, sendo concluída entre 2;6 a 2;7 anos. A não ocorrência indica a presença de desvios fonológicos. (SOARES, PAGLIARIN e CERON, 2009)

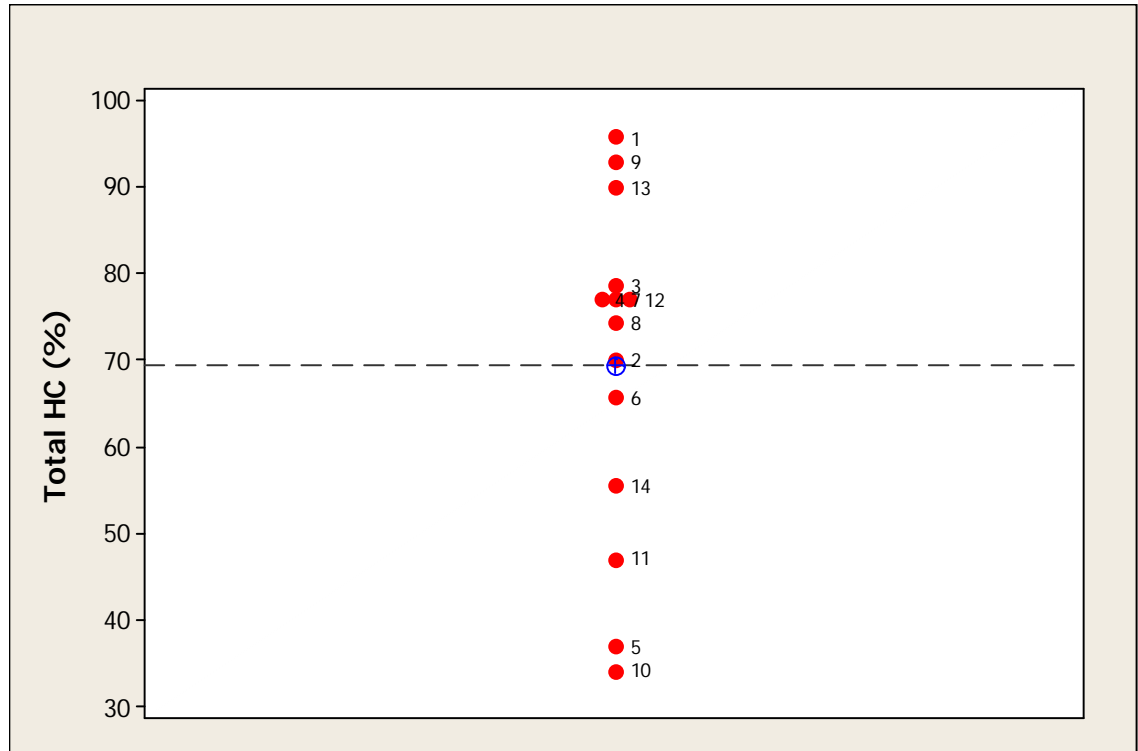
Vale ressaltar que as 07 crianças que apresentaram alterações na produção do /r/ e/ou {R} já haviam completado 5 anos. De acordo com os autores citados acima, este dado pode ser indicativo de atraso no processo de aquisição fonológica.

A variável imaturidade também faz parte do quadro enurético. Diversos autores afirmam que esta formação sintomática está relacionada ao amadurecimento da criança no que se refere a aspectos orgânicos, fisiológicos, psicomotores e/ou afetivos. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993, DOLTO, 1999; GARCÍA, 2006; WHAREN, 2008)

Observa-se que todas as crianças enuréticas avaliadas obtiveram pontuação abaixo de 70 (valor máximo esperado) no PROC.

A figura 5, a seguir, representa os valores individuais obtidos no PROC quanto a Habilidades Comunicativas (HC %). A linha tracejada passa pela média das pontuações obtidas no PROC e separa os indivíduos que têm pontuação acima dos que têm pontuação abaixo da média estabelecida no PROC. Os sujeitos são identificados pelos mesmos números que foram descritos acima.

Figura 5 - Valores individuais totais obtidos no PROC, ítem Habilidades Comunicativas



Devido ao tamanho da amostra, não foi feito teste de hipótese; portanto, esta análise será restrita a um estudo descritivo, apresentado a seguir.

Análise descritiva das pontuações no PROC

Os resultados dos sub-ítems que compõem as Habilidades Comunicativas (HC), a saber, 1a (habilidades dialógicas ou conversacionais), 1b (funções comunicativas), 1c (meios de comunicação), 1d (níveis de contextualização da linguagem) e o resultado total de HC (pontuação máxima=70) foram transformados em porcentagens. A seguir, foram calculados os valores das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das pontuações percentuais (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatísticas descritivas para as pontuações no PROC (%)

PROC	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Total 1 a (%)	14	82,9	20,2	40,0	90,0	100
Total 1 b (%)	14	57,6	33,0	0,0	66,7	100
Total 1 c (%)	14	72,5	18,1	45,0	75,0	100
Total 1 d (%)	14	64,3	30,6	33,3	66,7	100
Total HC(%)	14	69,5	19,5	34,3	75,7	95,7

Observa-se que a maior porcentagem média de acertos foi obtida no item 1 a (habilidades dialógicas ou conversacionais), e a menor porcentagem média de acertos foi obtida no item 1b (funções comunicativas).

Diante desses resultados, sugere-se que se investigue especialmente as funções comunicativas da linguagem (instrumental, protesto, interativa, nomeação, informativa, heurística e narrativa) em crianças enuréticas.

Comparação entre os resultados obtidos no PROC e a avaliação fonoaudiológica realizada pela pesquisadora.

Na figura 5 observou-se que:

a) 06 crianças com mais de 5 anos estão acima da média (42,8%)

Mas, mesmo apresentando as melhores pontuações no PROC, essas crianças manifestaram, predominantemente, desvios fonológicos: em 04 (66,6%) a omissão de /r/; em 04 (66,6%) a omissão de {R} ; em 01 (16,6%) a distorção de /s/ e /z/; em 01 (16,6%) a substituição de / ʃ / e / ʒ / respectivamente por / s / e / z /. Além disso, 03 (50%) apresentaram alterações vocais (voz rouca), e 03 (50%) falam pouco.

b) 01 criança encontra-se na média (7,14%)

c) 05 crianças encontram-se abaixo da média (35,72%).

Nas 05 crianças que estão abaixo da média também foram detectados desvios fonológicos e alterações vocais, mas o “falar pouco” teve incidência de 100%. Este achado foi mais compatível com os resultados obtidos no PROC, uma

vez que, também identificadas pela pesquisadora como crianças que “falam pouco”, estas 05 tiveram desempenho abaixo da média no que se refere às habilidades comunicativas.

Além dos dados encontrados na literatura psicanalítica (já apresentados na Situação 1), pesquisas realizadas na área da psicologia indicam que a enurese também está diretamente relacionada a dificuldades e transtornos na área da linguagem, especificamente no que se refere a atrasos, lentidão ao falar e dificuldades globais de expressão. (FONT, 1985, 1987)

Diante desses resultados, é pertinente retomar a Síndrome Clínica da Infância (Rodrigues, 1997), anteriormente descrita, cujos principais sintomas são: desvios fonológicos, disfonia, enurese noturna, genuvalgo e maloclusão dentária, os quais têm como substrato fisiopatológico a hipotonia muscular e/ou a frouxidão de ligamentos. Isto porque, a partir dos resultados da avaliação individual das 14 crianças enuréticas, foram observados: alterações vocais (07 casos = 50,0%), desvios fonológicos (09 casos = 64,3%) e alterações da motricidade orofacial, predominando hipotonia da musculatura oral/peri-oral (06 casos = 42,9%). A evidência de maloclusão dentária foi observada em apenas 03 casos (21,4%)

Em síntese, considerando-se prioritariamente os resultados obtidos em cada avaliação individual, que foram complementados pelos obtidos no PROC, pode-se afirmar que há indicadores de comprometimento das habilidades comunicativas nas 14 crianças enuréticas.

Os desvios fonológicos, especialmente a omissão dos fonemas /r/ e {R}, e o “falar pouco”, foram os problemas mais encontrados na população estudada.

Portanto, numa abordagem bio-psíquica, sugere-se que o fonoaudiólogo investigue, sistematicamente, se a criança com queixas de problemas de linguagem oral já apresenta o controle do esfíncter vesical, assim como as habilidades comunicativas orais das crianças enuréticas.

4.3 Situação 3 – Estudo de caso clínico

Marcela é uma das crianças enuréticas com problemas de linguagem oral identificada na amostra (número 04). Começou a ser atendida pela pesquisadora, e, no decorrer do processo terapêutico, o caso mostrou-se emblemático devido à sua evolução, e também aos conteúdos surgidos durante as sessões.

História

Carmem, mãe de Marcela, foi o único membro da família com quem tive contato. Na entrevista inicial, afirmou que a voz da filha era rouca “desde que nasceu”, e que ela “falava bem, mas não sabia pronunciar as palavras que tinham /r/.” De acordo com Greene (1964 *apud* Behlau e Gonçalves, 1988, p. 103), “Algumas mães relatam que seus filhos, quando bebês, já apresentavam rouquidão após o choro, o que é considerado como predisposição ao desenvolvimento de uma disfonia infantil”.

Assim como os familiares, Carmem referiu que achava essa voz “bonitinha” e parecida com a do pai, parecendo-me que esse aspecto não configurava uma queixa.

Carmem já vivia com o marido quando engravidou, aos 32 anos. A gestação foi desejada, fez pré-natal, mas teve enjoos e vômitos durante toda a gravidez. Na época, o casal vivia em outra região do país e relacionava-se bem.

Marcela nasceu de parto cesárea, a termo, pesando 3.450kg e medindo 48 cm. Chorou logo, era “esperta e cabeluda”, mas, segundo Carmem, “já era rouca”. Vieram para São Paulo quando a criança tinha 03 meses, época em que ela descobriu que o marido era usuário de drogas. A partir de então, a relação entre o casal começou a se desestabilizar, apesar dele não usar violência física e ser “um pai comportado”.

Apesar da crise conjugal, Carmem acabou engravidando novamente. Nessa segunda gestação também teve enjôos até o quarto mês, além das brigas com o marido terem se acentuado. Teve outra menina e a família retornou para a região onde vivia anteriormente. Porém, separaram-se quando Marcela tinha 1;6 anos. Carmem voltou para São Paulo somente com Marcela, deixando a filha pequena com a avó materna, que a trouxe para São Paulo quando ia completar 1;0 ano. Carmem acha que, desde a separação do casal, Marcela sentiu muito a falta do pai.

Parece ter havido aqui um indício de situação traumática. Ainda que não se instaure na mesma época de sua ocorrência, o efeito traumático (que pode ser causado por motivos tais como ausência, carência, impossibilidade, ou seja, vivências de desamparo) abarca o campo intersubjetivo da criança. Consequentemente, provoca dificuldades no processo de simbolização, mesmo que nem sempre seja possível estabelecer-se uma relação direta entre o fato potencialmente traumático e a sua repercussão no sujeito. (MAGGI, 2007; SCHVARTZMAN, 2008)

De acordo com Freud (1926/1988), o estado de infância é o período da vida caracterizado tanto pelo desamparo motor como pelo psíquico. Nessa perspectiva, diante de alguma situação de perigo surge a angústia, que é reproduzida sempre que esse estado se repete.

Aqui, uma pontuação inicial já pode ser feita, já que Mannoni (1981) afirma que a criança traduz a ausência dos pais em linguagem corporal.

Após algum tempo, o pai voltou para São Paulo, mas o casal continuou separado. Sempre relacionaram-se bem socialmente, e Carmem nunca mais teve outro relacionamento conjugal. As filhas encontram-se com o pai, sem intercorrências. Marcela é bem tratada pela família paterna, especialmente pela avó e pela tia, que “fazem tudo o que ela quer”. Recorro aqui a Dolto (2007), que refere que a criança cujo adulto se “deixa levar”, satisfazendo todos os seus desejos, corre o risco de tornar-se socialmente frágil mais tarde. A meu ver, tal condição pode associar-se à insegurança e falta de autonomia, isto é, na manutenção de um estado de dependência em relação ao adulto.

Segundo Carmem, o desenvolvimento motor de Marcela foi normal: engatinhou aos 04 e andou aos 09 meses. Falou com um ano. Das doenças infantis, teve apenas catapora e rinosinusopatia. A mãe nega outros problemas de saúde. Há algum tempo, detectou-se que a criança precisa usar óculos, o que ainda não havia sido providenciado.

De acordo com as informações obtidas em seu prontuário, realizou exames clínicos de rotina (inclusive de urina) para o ingresso no “Lar” em novembro de 2007, com resultados normais. Na triagem psicológica, realizada na mesma época, observou-se que o seu desenho estava aquém do esperado para a sua idade, o que configurou um quadro de imaturidade. Aqui, parece-me pertinente relembrar que Ajuriaguerra (1980) afirma que a noção de imaturidade envolve todo um campo psicopatológico, podendo estar relacionada tanto a fatores congênitos como à evolução da dinâmica da personalidade. Aponto também que, de acordo com Green (1991), existe uma correspondência entre a imaturidade do ego e o sentimento de desamparo psíquico.

Marcela ingressou no “Lar” em 2008, onde permanece das 8 às 18h, sob a responsabilidade de uma educadora. Segundo informações obtidas nos relatórios, de maneira geral relaciona-se bem com as outras crianças, tem autonomia, gosta de escrever e participa ativamente das atividades.

De acordo com Carmem, Marcela é uma criança esperta e feliz. É bastante sensível, e se vê a mãe chorando, “chora junto”. Pede (muito) e dá carinho. Às vezes, a mãe se incomoda com a demanda insistente da filha nesse sentido.

Afirma que Marcela é teimosa, às vezes chora, mas não faz birra. É retraída e, quando fica chateada, não expressa o que está sentindo: “geralmente, fica na dela”. Carmem acha que ela é “boazinha, desprotegida e generosa” e acaba renunciando ao que quer, se não puder obter. Protege a irmã menor, que, segundo Carmem, é muito diferente dela, pois “dá trabalho, é birrenta, fala o que pensa, é imediatista e quer que tudo aconteça de seu jeito”. Carmem refere-se bastante à filha menor no decorrer da entrevista. Salienta que Marcela divide o que tem com a irmã, e cede a ela porque “percebe que a irmã está perturbada”.

Chamou a atenção o fato de Carmem referir que a criança costuma renunciar, ao invés de expressar ou procurar concretizar os seus desejos. Quando fica triste com alguma coisa, “ela chora calada, mas não reclama”. Uma vez que a constituição subjetiva da criança depende da linguagem, para a enunciação de suas demandas (Costa, 2007), fiquei intrigada com essa questão. Ressalto que vivemos em uma cultura na qual a expressão verbal é predominante, embora o não-dito verbalmente não configure ausência de necessidade ou desejo. (Dolto, 1999). A propósito, Winnicott (1988 *apud* Ferreira, 2004) considera que a enurese implica na ausência de plasticidade na expressão das dificuldades emocionais por parte da criança.

Quanto à região oral, destaca-se que Marcela rói as unhas, e nunca usou chupeta.

Segundo Carmem, algumas vezes ela observou tremores repentinos (pelo corpo todo) na criança, mas não os associava a qualquer situação específica: “parecia que ela estava passando frio”. Diante disso, o médico havia pedido um eletrocardiograma, mas o exame ainda não foi feito. Nessa direção, Dolto (2007) afirma que qualquer angústia sentida pela criança pode provocar um tremor visceral, que aparece sem razão e pode ser até acompanhado de um acesso de febre emocional. Afirma ainda que este tremor desaparece quando a angústia umbilical vivenciada durante os primeiros dias de vida é colocada em palavras, o que costuma acontecer durante o processo de análise.

Ainda na entrevista inicial, a mãe confirmou a enurese noturna, e disse que Marcela sempre “se incomodou muito com o xixi”, motivo pelo qual ela colocava “panos na cama” para que a filha não acordasse à noite. Já havia parado de fazer xixi na cama por um período curto, recomeçando em seguida. Nesse contexto, destaca-se que a enurese secundária costuma aparecer devido a fatores emocionais, como, por exemplo: mudança de endereço/residência, divórcio ou separação na família, nascimento de um irmão, condutas familiares conflitivas, frustrações mal suportadas ou abandono real. A tendência, nesses casos, é o comportamento regressivo, o que pode incluir o quadro enurético. Isto porque, quanto mais conflitos a criança vivencia, maior a probabilidade dessa marca corporal (enurese) aparecer, associada a fatores emocionais e ambientais, o que configura

um estado de vulnerabilidade. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; PACHELLI e TOPCZEWSKI, 2005; DIMITRIOU *et al.* 1977 *apud* GARCÍA, 2006; GARCÍA, 2006)

Cabe ressaltar que na biografia de Marcela aparecem vários desses fatores.

A mãe também refere que desde os 2;0 anos, Marcela tinha visões de “um velho que a chamava”. E prossegue: “ela via um velho que queria atormentar ela, machucar ela, e tinha medo”. Nessas situações, oravam juntas até que a criança adormecesse. Aos poucos, Marcela parou de falar sobre esse assunto.

A propósito, Mannoni (1981) refere que a criança enurética deseja deixar o seu corpo aos cuidados da mãe, a fim de ficar protegida das ameaças e do medo. Retomo aqui a relação entre enurese e medo, na perspectiva psicanalítica, já que em alguns casos a enurese pode estar associada a algum objeto de angústia reproduzido como um estado afetivo em conformidade com alguma imagem mnêmica pré-existente (Gurfinkel, 2001). Porém, para que esta hipótese fosse validada nesse caso, seria adequado que tal rede associativa fosse pesquisada ao longo de sua história, com maior profundidade.

Ainda segundo Carmem, Marcela dorme bem (não tem pesadelos nem range os dentes), e junto com a mãe e a irmã, na mesma cama. Por “falta de espaço”, a mãe fica no meio das duas, “fazendo cócegas” nas filhas. Lembremo-nos de que, devido à “ação de sedução materna”, noção proposta por Freud em 1905, os cuidados corporais erogeneizam a criança fazendo com que ela se torne dependente de quem lhe proporciona satisfação e excitação sexual.

Nasio (1999, p. 43) também refere que “as fontes de nossas excitações são os vestígios deixados pelo impacto do desejo do outro, daquele ou daqueles que nos têm por objeto do seu desejo” No caso em questão, pode-se perceber que Carmem ainda proporcionava momentos de encontro corpo a corpo, semelhante ao que ocorre durante a amamentação, o que, a meu ver, favorece que Marcela mantenha-se em posição regredida.

Nessa perspectiva, parece-me também que a sua vida psíquica continuava imersa na da mãe, ambas ligadas por suas fantasias, pelos afetos e pela linguagem. Dolto (2007) refere que, para certas crianças, desligar-se da mãe é uma prova

insuportável, o mesmo podendo ocorrer com certas mães. Essa erogeneização, especificamente noturna, do seu corpo, pode relacionar-se com a enurese, também noturna. Além disso, a recusa inconsciente de crescer pode desencadear um quadro enurético. (DOLTO, 1999)

Carmem destaca que, desde que nasceu, Marcela foi amamentada e sugava com força. Mamou até um ano e meio, época em que parou de amamentá-la, pois engravidou novamente. Na sua opinião, se dependesse somente da criança, ela teria continuado a mamar, embora já se alimentasse com outros alimentos, não engasgando ou apresentando vômitos. Atualmente, come bem, mas prefere arroz, feijão, frango, macarrão e balas. Até quase dois anos de idade, “comia de tudo”, inclusive verduras, mas passou a recusá-las e Carmem acha que isso aconteceu em reação à separação do casal.

Aqui, surge outro apontamento: a criança estava sendo amamentada aos 18 meses, mesmo já comendo outros alimentos. Dolto (2007) refere que o desmame, quando realizado com ternura e compreensão pela criança, promoverá a sua socialização, assim como a expressão verbal e a motricidade adequada. Teria esta restrição oral sido aceita por Marcela?

Conforme Couto e Chaves (2009), uma vez que a idéia de uma primeira experiência de satisfação está presente ao longo da obra freudiana como aquilo em direção ao que o desejo se orienta como experiência perdida, isto é, como reminiscência do objeto de satisfação que foi perdido no desmame (ou seja, o seio materno), pode ter havido, neste caso, uma intensificação do desejo da criança em se manter fusionada à mãe como um bebê?

Ressalta-se que, de acordo com a literatura, o desejo inconsciente de crescer e a dependência de cuidados maternos podem se manifestar de diferentes maneiras, inclusive por meio de um quadro enurético (ABERASTURY, 1968; DOLTO, 1972, 1999; AJURIAGUERRA, 1980; MANNONI, 1981; BLEICHMAR, 1994; AMORES, 2000)

Prosseguindo, com certo constrangimento, Carmem relatou que, às vezes Marcela diz que quer um pai e irá procurar um namorado para a mãe. A criança fala sobre o pai, mas em geral, não expressa seus sentimentos em relação a ele.

Marcela na triagem inicial da pesquisa

O primeiro contato com Marcela aconteceu em agosto de 2008, pois era uma das 14 crianças enuréticas, selecionadas a partir das respostas dos questionários enviados aos pais. Na época, tinha 5;6 anos. Deparei-me com uma menina risonha e participativa, gentil e amável, mas que falava pouco.

Não iniciava o diálogo, mas respondia às perguntas que lhe eram dirigidas adequadamente, porém com enunciados curtos e descritivos. De maneira geral, mostrou-se um pouco tensa, e a fala pareceu-me infantilizada, com articulação imprecisa. Tímida, Marcela falava com os lábios estirados, como se estivesse sorrindo o tempo todo. Observei que o lábio superior era mais fino do que o inferior.

Aponto também que a sua fala infantilizada, co-ocorrente com a enurese noturna, já sinalizava um estado de imaturidade bio-psíquica. Cabe ressaltar, como já foi citado, que a enurese pode se relacionar aos problemas de linguagem oral, no que diz respeito ao não amadurecimento satisfatório da criança. (AJURIAGUERRA, 1980; LLUÍS, 1993; DOLTO e HAMAD, 1998; DOLTO, 1999)

Na avaliação fonoaudiológica apresentou brincadeiras pouco organizadas: começava a brincar com os objetos, mas frequentemente interrompia a atividade para buscar outros. Quando brincou de “fazer comidinha” ficou mais à vontade e falou um pouco mais. Parecia querer tudo ao mesmo tempo. No final da sessão, pediu para fazer um desenho, e, durante a execução do mesmo, apresentou movimentos involuntários de língua.

Sua voz era de fraca intensidade e, em muitos momentos, perdia quase que totalmente a sonoridade, o que fazia com que os enunciados se tornassem ininteligíveis, pois ficava afônica.

Apresentou respiração predominantemente nasal e superior, e tempo expiratório reduzido para vogais e na emissão de /s/ e /z/. Não teve dificuldades em realizar movimentos de lábios, língua e bochechas. Omitiu sistematicamente o fonema /r/ em grupos consonantais e substituiu /ʃ/ e /ʒ/ respectivamente por /s/ e /z/, assistematicamente.

Desde então, interpretei a alteração vocal e os desvios fonológicos não somente associados a possíveis falhas no trato vocal e na musculatura orofacial, mas também como sinais a serem compreendidos para além da manifestação orgânica. Recorro aqui a Cunha (1997), que se refere ao “fonoaudiólogo de duas orelhas”: uma que ouve o que é manifesto por meio da linguagem oral, e outra que escuta os conteúdos latentes das formações sintomáticas. Assim, passou a ser prioridade neste processo a interpretação dos possíveis sentidos subjetivos dos problemas de linguagem oral e da enurese. A propósito, Chiozza (2008) refere que, dentre a multiplicidade de sentidos das formações corporais, nem sempre é uma tarefa fácil interpretá-las satisfatoriamente.

No caso de Marcela, associei a enurese às seguintes comorbidades: imaturidade (Hallgren, 1957 *apud* Font, 1985; Ajuriaguerra, 1980; Lluís, 1993; Dolto e Hamad, 1998; Dolto, 1999; Ferreira, 2004; García, 2006); problemas de linguagem (Hallgren, 1957 *apud* Font, 1985; Ajuriaguerra, 1980; Font, 1985, 1987; Lluís, 1993; Rodrigues, 1997; Dolto e Hamad, 1998; Dolto, 1999, 2007) e timidez (Trallero, 1969; Semer, 1999; Ajuriaguerra, 1980; Pachelli e Topczewski, 2005).

Marcela no *setting* fonoaudiológico

Marcela iniciou a terapia fonoaudiológica, efetivamente, em março de 2009, quando havia recém completado 6;0 anos. Os dados desse processo foram

registrados desde então até o final de outubro (07 meses), período em que foi atendida semanalmente, em sessões individuais de 45 minutos. (excluído o mês de julho, período de férias)

Assim que começamos o atendimento, Carmem referiu que a educadora estava preocupada, pois Marcela andava “meio perdida”, deslocada do grupo, parecia estar “vivendo em um mundo próprio”, comportamento que não percebia na filha enquanto estavam juntas em casa.

Inicialmente, encaminhei-a para uma avaliação otorrinolaringológica, em função das alterações vocais. Porém, os exames solicitados pelo médico foram realizados somente no mês de novembro. Os resultados da audiometria e imitanciometria foram normais, mas o laudo referente à nasolaringovideoscopia indicou a presença de nódulos vocais bilaterais simétricos de terço anterior das pregas vocais e acentuada hipertrofia de adenóides. O encaminhamento médico foi dar segmento à terapia fonoaudiológica.

De acordo com Behlau e Gonçalves (1988), a presença de nódulos vocais determina diversas alterações na fisiologia da dinâmica fonatória. Os nódulos, quase sempre bilaterais na infância, sempre aparecem na junção dos terços anterior e médio das pregas vocais, região média da glote membranosa. O que predispõe esta região ao trauma é o fato deste ser o ponto de maior amplitude de vibração e maior contato mecânico de superfície. Martins e Trindade (2003) referem que, além de fatores genéticos, a obstrução nasal, associada aos nódulos, tem sido destacada como um dos fatores predisponentes ao seu desenvolvimento.

Iniciamos o nosso trabalho com uma abordagem terapêutica que contemplava: orientação (familiar, escolar e à criança) e terapia fonoaudiológica propriamente dita. Ressalta-se que todos os envolvidos colaboraram ativamente ao longo desse processo.

Com relação à orientação, foi explicado o mecanismo de produção da voz, e os fatores que interferem positiva e negativamente na sua produção.

Conversávamos a respeito de cada procedimento, e executávamos os exercícios juntas. Marcela tinha um caderno onde eram anotados os exercícios a serem realizados diariamente.

Procurei oferecer situações de relaxamento, especialmente da cintura escapular (como, por exemplo, movimentos pendulares de pescoço e rotação de ombros), pois ali havia sinais de tensão aumentada. O trabalho respiratório também era realizado por meio de atividades corporais dinâmicas e rítmicas.

Bocejávamos com frequência. De acordo com Behlau e Pontes (1990), a técnica do bocejo é utilizada especialmente para reduzir ataques vocais bruscos, auxiliar na projeção vocal e propiciar um ajuste motor mais equilibrado das estruturas do aparelho fonador.

O trabalho vocal propriamente dito foi realizado por meio da emissão sons de apoio. São eles: sons nasais (/m/, /n/), fricativos surdos (/f/, /s/, /ʃ/) e sonoros (/v/, /z/ e /ʒ/), e sons vibrantes (trr/brr), simples ou associados a vogais. Cabe ressaltar que associávamos tais emissões a movimentos corporais, movimentos dos órgãos fono-articulatórios e funções reflexo-vegetativas (sucção, mastigação, respiração e deglutição), geralmente em situação lúdica. Exercícios de inter-relação entre tais funções, juntamente com a voz e a fala, constituem uma das abordagens mais eficientes para o tratamento das disfonias. (BEHLAU e PONTES, 1990; MARTINS e TRINDADE, 2003).

A região oral foi sistematicamente sensibilizada, através de toques, massagens e materiais de diferentes texturas. Quanto aos exercícios específicos de motricidade orofacial, Marcela realizava: beijos, “bigode do gato” (protrusão e estiramento labial com canudos de plástico), plosão labial, exercícios de sopro, retirar elástico(s) da língua, estalo de língua (teve reflexo de vômito com hóstia, e por isso, estalava a língua associando à protrusão e estiramento de lábios), rotação de língua no vestíbulo bucal, inflar bochechas e “estourá-las”. Também fazíamos caretas, retirando fita crepe com movimentos musculares faciais exagerados, sem usar as mãos.

Com o objetivo de motivá-la, eram oferecidos brinquedos para dramatização, além de material visual (livros, pinturas, desenhos).

A criança sempre participou ativamente e, apesar da timidez inicial, aos poucos foi se soltando, falando mais, adquirindo maior autonomia na escolha das brincadeiras e expressando mais os seus desejos. Aqui, aponto que, de acordo com Sperling (1980 *apud* Ferreira, 2004), nas meninas a enurese pode ter a função agressividade recalcada, a qual tende a ser expressa por timidez, hostilidade e/ou condutas destruidoras.

Em diversas situações de dramatização, especialmente as relacionadas às práticas de alimentação, percebia que ela ficava muito brava, aumentando a intensidade da voz. Certa vez, começou a gritar muito, dando-me ordens: “eu quero o meu café!”. Nessa situação, notei que a voz fluiu com mais facilidade.

Deduzi que, nessa prática simbólica, ela estava sendo auxiliada na construção de sua subjetividade, pois começara a expressar desejos verbalmente. Porém, toda vez que falava sobre algum assunto que a incomodava, a voz apresentava oscilações – às vezes melhorava, às vezes piorava, na mesma sessão.

Na medida em que se fortalecia o vínculo entre nós, Marcela foi ficando à vontade para expressar-se mais livremente.

Desde o começo, diante desse sujeito da linguagem, apostei simbolicamente nesta criança. Nessa perspectiva, reforço que a palavra, em virtude da sua função simbólica, acarreta mutações favoráveis na expressão de desejos. (DOLTO, 2007)

Após algumas sessões, observei que, às vezes, sua voz tornava-se mais intensa durante a sessão, particularmente na realização dos exercícios vocais. Mas, quando eu chamava a sua atenção para essa melhora, Marcela voltava a falar bem baixinho, até ficar afônica. Intrigada, passei a pensar em seu silêncio e na perda da sonoridade da voz como defesas que, de alguma maneira, deveriam protegê-la da angústia.

Nessa perspectiva, ao se considerar que o sujeito da primeira infância comparece prioritariamente através da organização corporal, o sintoma substitui a

palavra que falta, sendo também uma maneira de evitar algum sentimento indesejável. (MANNONI, 1981; JERUSALINSKY e BERLINCK, 2008)

Então, levantei a hipótese de que, talvez, os seus desejos fossem silenciados pelas alterações vocais e/ou expressos através da enurese noturna. Partindo-se do referencial teórico psicanalítico, a dimensão psíquica dos sintomas não pode ser desprezada. (CUNHA, 1997)

Conteúdos psíquicos inconscientes podem incidir sobre a voz, e, nesse sentido, as alterações vocais podem indicar a maneira possível para que o sujeito diga algo sobre o seu sofrimento. (PINHEIRO e CUNHA, 2004)

Além disso, na perspectiva psicanalítica, a enurese é considerada como uma linguagem. (AJURIAGUERRA, 1980; MANNONI, 1981; SPERLING, 1980 *apud* FERREIRA, 2004; DOLTO, 1972, 1996, 1999; DOLTO e HAMAD, 1998)

Pouco a pouco, Marcela começou a falar sobre seus sentimentos como, por exemplo, o fato de chorar quando via a mãe chorando. Diversas vezes, afirmou também que sentia medos, mas tinha vergonha de falar sobre eles. Demonstrando certo constrangimento, contou-me que às vezes tirava a roupa e ficava somente de calcinha quando sentia calor à noite. Nesse momento, lembrei-me de que ela ainda dormia com a mãe.

Sempre que falava sobre a mãe, passava a substituir /r/ por /l/ sistematicamente, além de ficar mais rouca. É interessante notar que a infantilização da fala parecia apresentar alguma relação com a figura materna, indicando um comportamento regredido.

Gradativamente, fui percebendo que Marcela passou a querer impor as suas vontades desde o momento em que entrava na sala de terapia: começávamos uma atividade e imediatamente ela propunha outra, reagindo negativamente quando eu lhe pedia que fizéssemos uma coisa de cada vez. Além disso, de acordo com a educadora, Marcela começou a ficar mais agressiva e a apresentar resistência em aceitar limites nas situações cotidianas.

Nessa mesma época (junho), conversei com Carmem, que referiu que Marcela havia parado de fazer xixi na cama nas últimas três semanas. Além da sensível melhora da articulação, Marcela já emitia o fonema /r/ com maior frequência e a sua expressão vocal foi se modificando favoravelmente. Gostaria de ressaltar que, nesta época, a criança já estava em atendimento fonoaudiológico há quatro meses. Acreditei que houvesse relação entre esses fatos.

Dolto (1972) refere que as crianças enuréticas menores de 6/7 anos devem ser incentivadas a manifestar sua agressividade. O acolhimento terapêutico, isto é, conversar com ela (e sobre ela) e trabalhar com o seu corpo, parecia surtir efeitos.

A propósito, segundo Albornoz e Nunes (2004), o corpo é o lugar da comunicação precoce a partir da erogeneização resultante do amor e dos cuidados maternos, os quais ajudam a criança a organizar as suas pulsões libidinais e agressivas. Além disso, Mannoni (1981) refere que, conversar com a criança sobre o seu desejo é criar oportunidades de abrir um mundo de representação e de prazeres, portanto, de linguagem.

Então, emerge um momento marcante (e decisivo) no processo terapêutico. Marcela disse que tinha “um segredo” para me contar, mas que estava com vergonha. Procurei deixá-la à vontade, dizendo que poderia falar sobre isso quando quisesse. Hesitou um pouco, e, em seguida, falou bem baixinho (quase sussurrando), que havia visto um homem nu, e fixado sua atenção em seu órgão genital. Marcela parecia perplexa e assustada com o ocorrido. Perguntei-lhe, então, se já havia visto algum homem sem roupa anteriormente, ela respondeu que não, complementando com o seguinte enunciado: “meu pai não ficava”.

Diante desse episódio, seguem alguns apontamentos psicanalíticos, que me parecem pertinentes e relevantes para a sua compreensão.

Inicialmente, meninos e meninas acreditam que todas as criaturas sejam dotadas de um falo, símbolo de força. A crença na universalidade do pênis é uma pré-condição necessária à constituição do Complexo de Édipo em ambos os sexos, uma fantasia universal que independe das suas condições familiares e sócio-culturais. (NASIO, 1997, 2007; GREEN, 1991)

Por volta dos quatro anos (fase fálica do desenvolvimento psicosssexual infantil), as meninas, especificamente, sentem excitações clitoridianas, acreditando que também têm um falo. Quando, diante de um corpo nu masculino, a menina depara-se com a diferença entre os sexos (presença e ausência do pênis), imagina que tenha sido castrada. Isto lhe causa um sentimento (inconsciente) doloroso e que promove forte angústia. (FREUD, 1926/1988; GREEN, 1991; NASIO, 2007)

Por sua vez, quando também “descobre” a castração da mãe, a menina a responsabiliza pela falta do pênis, e sua hostilidade frente à figura materna faz com que se volte para o pai, desejando ser possuída por ele, escolhendo-o como objeto de amor. Portanto, o principal acontecimento do complexo de castração feminino é a separação da mãe, que, nesse momento, configura-se como a repetição da situação vivida no desmame. (NASIO, 1997)

Ao ter trazido a figura masculina nua, suponho que Marcela tenha encontrado uma maneira de falar sobre suas angústias, ligadas às suas descobertas sexuais, o que também a remete à figura paterna. Quando mencionou, explicitamente, a figura paterna, pareceu-me que Marcela revisava ali algumas questões referentes a conteúdos recalcados relacionados ao afastamento do pai quando era pequena, o que pode ter configurado um evento traumático em sua biografia.

De acordo com Freud (1926/1988), as fantasias são construídas durante a infância, não importando em que intensidade as experiências reais contribuem para tal. Além disso, o perigo da castração, ainda que no imaginário da criança, é o referente central de toda formação sintomática. Schvartzman (2008) refere que, no caso dos sintomas infantis, nem sempre é possível esclarecer uma relação direta que una o fato potencialmente traumático à sua futura repercussão no sujeito. No caso em questão, especificamente no que se refere à enurese e aos problemas de linguagem oral, os determinantes da angústia podem ter entrado em ação e se expressado posteriormente.

Após essa sessão em que me contou o seu “segredo”, sua voz melhorou consideravelmente. Na sessão seguinte, também houve um outro episódio marcante para a evolução do caso. Tudo começou com uma conversa sobre as funções da boca:

T: Você sabe para o que serve a boca?

M: Falar, comer.

T: Você já prestou atenção na minha voz?

M: É alta.

T. E a sua, como é?

M. É baixinha.

T. Mas, às vezes, a sua voz também fica mais alta

M. Eu sei.

T. Você percebe?

M. Acena que sim.

T. Quem manda na sua voz?

M. Eu! Eu quero ter a voz mais alta ou mais baixa.

T. Quando você quer ficar com a voz mais alta ou mais baixa?

M. Quando eu quero. Eu controlo a minha voz. Às vezes eu fico sem falar porque eu controlo a minha voz.

T. Ah... E para que serve a voz?

M. A voz serve prá falar, prá cantar, prá gritar. Minha mãe não gosta quando eu grito. A mamãe fica brava.

Nesse momento, Marcela pegou um rolo de fita crepe e começou a tapar a minha boca. Eu permiti, sem reagir. Ela ria, colocando tiras de fita crepe nos meus lábios, bochechas, até na minha testa; eram muitas tiras tapando a minha boca. Tiramos até uma fotografia.

Identifiquei ali um movimento transferencial: eu apontava para a minha própria boca vedada e emitia sons interrogativos, exagerando na expressão do meu olhar como se dissesse a ela que estava muito ruim, e difícil, ficar daquele jeito. Ela ria bastante, e após alguns minutos começou a retirar a fita crepe do meu rosto, cuidadosamente. Ao final, demonstrando alívio, falei que era muito bom ter a boca livre para falar, para cantar, para passar batom. Então, propus que passássemos batom, oferecendo um mais claro e um mais escuro para que ela escolhesse.

Marcela pegou o mais claro, e disse: “eu tenho von... vergonha de batom forte”.

Explorei um pouco mais essa questão, especialmente porque percebi que ela queria dizer “vontade”, e não “vergonha”, enquanto passava o batom mais claro. De repente, Marcela disse: “minha mãe não gosta que eu use batom forte”. Mesmo assim, olhava-se no espelho, fazendo “caras e bocas”. Parece prudente lembrar que há casos em que a criança enurética é extremamente erotizada, mas sente-se culpada por esses impulsos sexuais. (SPERLING, 1980 *apud* FERREIRA, 2004)

Ao final dessa sessão, propus que déssemos “beijos de batom” em um pedaço de papel. Apesar de ter resistido à minha proposta, acabou “beijando o papel” algumas vezes, com certo constrangimento. Nesse momento, eu disse a ela que ali, comigo, poderia dizer o que quisesse e o que tivesse vontade.

Antes de saímos da sala, ela quis contar até 30, e observei que sua voz estava muito mais audível.

A partir dessa sessão, a educadora comentou que Marcela já estava mais falante, e a sua voz bem menos rouca.

Na semana seguinte ela trouxe um batom, e observei que a sua voz estava adequada, permanecendo assim durante toda a sessão. Nesse dia, Marcela também não apresentou qualquer desvio fonológico.

A partir de então, a sua fala e voz permaneceram estáveis, isto é, sem alterações fonológicas e discreta rouquidão.

Tal evolução pode ser associada à maior circulação discursiva, levando Marcela a ocupar os seus turnos no diálogo, e assumir maior autonomia em seu discurso. Passou a posicionar-se como sujeito desejante, mudança que veio acompanhada de articulação oral mais ampla e precisa.

Por sua vez, de acordo com Freud (1926/1988), o sintoma é o retorno do recalcado, e, no caso em questão, acredito que, através da relação terapêutica, tenha havido alguma liberação de conteúdos recalcados via transferência, favorecendo a elaboração dos conflitos associados aos problemas de linguagem oral, assim como a enurese. A propósito, Dolto e Hamad (1998) afirmam que ajudar a criança enurética a reconhecer os seus desejos e incentivá-la a expressar as suas próprias vontades pode ser um passo decisivo para a aquisição do controle esfinteriano vesical.

Conversando com a mãe no início de novembro/09, ela referiu, espontaneamente, que a fala e a voz da filha melhoraram notoriamente, e que achava que o trabalho “também foi psicológico, pois Marcela ficou mais independente, segura, falante, e passou a se abrir mais com ela, a contar fatos espontaneamente, expressava suas vontades e estava mais sociável, interagindo melhor com os amiguinhos que moram perto de sua casa”.

Apontou também que não havia recebido reclamações sobre Marcela por parte das educadoras do Lar. Ao contrário, foi informada de que a criança teve mudanças significativas ao longo do ano, especialmente no que se refere ao amadurecimento de forma geral. A enurese também foi superada e, vale ressaltar que Dolto (2007) refere que, quando adquire o controle esfinteriano, geralmente a criança também adquire autonomia plena quanto às demais necessidades corporais.

Portanto, a proposta de intervenção terapêutica fonoaudiológica ofereceu a essa criança um novo espaço de simbolização, situando a palavra na dimensão do seu desejo.

Contudo, por vezes Marcela ainda apresenta uma tosse seca e discreta rouquidão, especialmente nos dias mais frios e úmidos. De acordo com Behlau e Pontes (1990), o resfriamento do ar resseca a mucosa do trato vocal, prejudicando o

movimento das pregas vocais devido à falta de lubrificação. Os mesmos autores referem que, geralmente, no paciente disfônico, o pigarro e a tosse são secos, ou seja, não há secreção associada. “A sensação que o paciente tem de um corpo estranho e a tentativa de tirá-lo, pigarreando ou tossindo, reflete apenas uma constrição ao nível da musculatura laríngea”. (BEHLAU e PONTES, 1990, p. 22)

Além disso, crianças com rinosinusopatia apresentam ventilação pobre das fossas nasais, o que, conseqüentemente, causa hiperemia e edema. Estes provocam tosse e pigarros constantes, dificultando o fechamento glótico, forçando ainda mais a adução da glote membranosa. (BEHLAU e GONÇALVES, 1988)

Apesar do resultado da nasolaringovideoscopia ter sinalizado a presença de comprometimento orgânico significativo (nódulos vocais e hipertrofia de adenóides), recorro a Jerusalinsky (2007, 2008), por ressaltar a importância da sobre-determinação do simbólico sobre o fisiológico. A meu ver, a evolução satisfatória deste caso clínico reflete essa afirmação. Porém, como a realização do exame citado só foi possível após sete meses de terapia, levanto a hipótese de ter havido alguma redução dos nódulos ao longo do processo terapêutico, já que foram utilizadas técnicas vocais sistematicamente, o que contribuiu para a melhora vocal.

Fatores predisponentes e agravantes dos nódulos vocais infantis podem ser agrupados em: genéticos (Melo *et al.*, 2001); hábitos orais inadequados (Behlau e Gonçalves, 1988; Melo *et al.*, 2001; Martins e Trindade, 2003); fatores ambientais e psicoemocionais (Behlau e Gonçalves, 1988; Melo *et al.*, 2001; Martins e Trindade, 2003); estrutura da personalidade (Behlau e Gonçalves, 1988; Melo *et al.*, 2001); inadaptção fônica (Behlau e Gonçalves, 1988) e fatores respiratórios (Behlau e Gonçalves, 1988).

O caso de Marcela mostrou-se emblemático para o tema aqui tratado. A sua rouquidão e os seus problemas de linguagem oral, co-ocorrentes com a enurese noturna, fazem parte de uma biografia onde aparecem, desde o nascimento, conflitos emocionais e familiares, medos, além de intensa erogeneização corporal, evidenciando a manutenção da criança em uma posição psíquica regredida. Apesar das evidências orgânicas (nódulos vocais e adenóides hipertróficas), a intervenção fonoaudiológica propiciou um espaço de reconhecimento e acolhimento de algumas

das suas demandas, promovendo a sua (re) constituição como ouvinte/falante, em decorrência da maior ocupação dos seus turnos no diálogo, da manifestação de suas potencialidades e expressão das suas vontades. Assim, emergiu, gradativamente, a sua autonomia discursiva. É fundamental ressaltar que, simultaneamente à adequação fonológica, à melhora vocal, e à sua maior participação na relação dialógica, houve a remissão total da enurese ao longo do processo terapêutico fonoaudiológico.

Diante do material clínico apresentado, reforça-se a indissociabilidade entre linguagem, corpo e psiquismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma abordagem bio-psíquica, esta pesquisa teve como objetivo identificar e analisar as relações entre problemas de linguagem oral e enurese em crianças.

Os resultados apontaram que, comparativamente, as crianças enuréticas tendem a ter mais problemas de linguagem oral que as não enuréticas.

No que se refere ao uso funcional da linguagem, todas as crianças enuréticas avaliadas apresentaram comprometimentos nas habilidades comunicativas. Desvios fonológicos e o fato de falarem pouco foram os achados mais frequentes. E, nesses casos, houve prevalência de enurese noturna.

O caso clínico de Marcela mostrou-se emblemático em relação ao tema estudado, além de corroborar que a intervenção fonoaudiológica, numa abordagem bio-psíquica, resultou tanto na redução dos problemas de comunicação (vocais e fonológicos) quanto na remissão do quadro enurético. A problemática afetiva, em especial a regressão, apontava para um estado de imaturidade bio-psíquica, indicativo de trânsito restrito no espaço simbólico, e, conseqüentemente, na linguagem.

A interpretação da co-ocorrência de ambas as marcas corporais, a partir da indissociabilidade entre linguagem, corpo e psiquismo, permite afirmar que, diante de crianças que apresentam problemas de linguagem oral, os fonoaudiólogos devem investigar o seu controle esfinteriano vesical. Da mesma forma, diante de uma criança enurética, deve-se atentar para possíveis problemas de linguagem oral.

Finalizo, sugerindo que sejam realizados novos estudos a respeito da co-ocorrência de problemas de linguagem oral e enurese em crianças, particularmente em relação aos conteúdos psíquicos envolvidos nesses sinais clínicos, de maneira a favorecer a eficácia do método clínico terapêutico fonoaudiológico nesses casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. (1968) **El niño y sus juegos**. 2ed., Buenos Aires: Paidós, 2007

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Masson, 1980

ALBORNOS, A.C.G.; NUNES, M.L.T. A dor e a constituição psíquica. **Psico-USF**, São Paulo, v.9 n.2 p.211-18, 2004

AMORES, S. **Clínica del niño y su familia: una perspectiva vincular psicoanalítica**. Buenos Aires: Distal, 2000

BARONS, J.G. *et al.* Breastfeeding during infancy may protect against bed-wetting during childhood. **Pediatric**, New York, v.118 n.1, p.254-59, 2006.

BEHLAU, M.; GONÇALVES, M.I.R. Considerações sobre disfonia infantil. In: Ferreira, L. P. (org) **Trabalhando a voz**: vários enfoques em fonoaudiologia São Paulo: Summus, 1988

BEHLAU, M.; PONTES, P.A.L. **Princípios de reabilitação vocal nas disfonias**. 2.ed. São Paulo: Paulista Publicações Médicas, 1990

BLEICHMAR, S. **Fundação do inconsciente**: destinos de pulsão, destinos de sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

BOILEAU, L.D. **A força da linguagem**. Ide , São Paulo, v.30 n.45, p.70-102, dez. 2007

BORGES, S. Criança, corpo e linguagem – que(m) fala? Entrando na linguagem. **Estilos Clin.**, São Paulo, v.9 n.16. p.122-29, jun. 2004.

CHIOZZA, L.A. **¿Por qué enfermamos?**: la historia que se oculta en el cuerpo. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008. v.14

_____. **Obras completas**. Buenos Aires: In context, 1996 (CDROM)

_____. **Afectos y afecciones 2**: los afectos ocultos en la enfermedad Del cuerpo. Buenos Aires: Libros Del Zorzal, 2008, v.11

COSTA, T. **Psicanálise com crianças**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007

COUTO, L.V.; CHAVES, W.C. O trauma sexual e a angústia de castração: percurso freudiano à luz das contribuições de Lacan. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol.21, n.1, p.59-72, 2009

CUNHA, M.C. **Fonoaudiologia e psicanálise**: a fronteira como território. São Paulo: Plexus, 1997

_____. Linguagem e psiquismo. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L.P. (org) In: **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004, p.762-771

_____. Linguagem e psiquismo: Considerações fonoaudiológicas estritas. in BÉFI-LOPES, D. F.; LIMONGI, S. (org) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2005

CUNHA, M.C.; PALLADINO, R.R.R.; SOUZA, L.A.P. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. **Rev. Psicanál. Univ.**, São Paulo, n.21, p.95-10, 2004.

DISTÚRBIO DO SONO. Disponível em URL

<<http://www.neurosono.com.br/disturbios.php?id=25>> Acesso em 05 jan. 2010.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. 2ed. São Paulo: Perspectiva, 2007

_____. **As etapas decisivas da infância**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007

_____. **No jogo do desejo**: ensaios clínicos. São Paulo: Ática, 1996, pp 52-82 e 115-166

_____. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

_____. **Tudo é linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999

DOLTO, F.; HAMAD, N. **Destinos de crianças**: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998

ELIACHEFF, C. **Corpos que gritam**: a psicanálise com bebês. São Paulo: Ática, 1995

FERRANTE, C.; BORSEL, J.V.; PEREIRA, M.M.B. Análise dos processos fonológicos em crianças com desenvolvimento fonológico normal. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v.14 n.1, p36-40, jan/mar, 2009.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**, 2ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1986

FERREIRA, M.P. **Transtornos da excreção**: enurese e encoprese. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

FISHER, L. D.; VAN BELLE, G. **Biostatistics**: a methodology for the health sciences. New York: Wiley. Interscience, 1993.

FONT, J.M.L. Enuresis y language. **Anu. Psicol.** Barcelona, n.36/37, p.171-90, 1987

FONT, J.M.L. Enuresis: incidência y fatores de riesgo. **Cuad. Psicol.**, Caracas, v.9 n.2, p.155-80, 1985

FREUD, S. (1930) O mal-estar na civilização. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago: 1988, v.21

_____. (1895) Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v.1

_____. (1896) A etiologia da histeria. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v.3

_____. (1899) Lembranças encobridoras. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v.3

_____. (1900) A interpretação dos sonhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v.4-5

_____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. 2ed. Rio de Janeiro, Imago, 1989, v.7

_____. (1907) O esclarecimento sexual das crianças In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.9

_____. (1908) Sobre as teorias sexuais das crianças. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.9

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.8

_____. (1913) Totem e tabu. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v.8

_____. (1915) A disposição à neurose obsessiva. em nota apresentada aos "Três Ensaio." In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.7

_____. (1917) Conferencias introdutórias sobre psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.15-16

_____. (1917b) As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.17

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.18

_____. (1923) A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago: 1988, v.19

_____. (1926) Inibições, sintomas e angústia. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago: 1988, v.20

_____. (1930) O futuro de uma ilusão. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago: 1988, v.21

_____. (1932) A aquisição e o controle do fogo. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1988: v.22

GARCIA, F.S. **Enuresis nocturna**: causas y tratamiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006

GREEN, A. **O complexo de castração**. Rio de Janeiro: Imago, 1991

GURFINKEL, A.C. **Fobia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HACKER, R.P. El sintoma em clínica com niños. CONGRESO ARGENTINO DE PSICOANÁLISIS, 2004, Rosário, Ar. **Anais...** Rosário, Ar: Asociación Psicoanalítica, 2004

HIRSCH, S. **Manual do herói**, Rio de Janeiro: CorreCotia, 1990

JERUSALINSKY, A. et al. Quantos terapeutas para cada criança? In: **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999, p.177-191

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**: um enfoque transdisciplinar. 4ed, Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007

JERUSALINSKY, J.; BERLINCK, M.T. Leitura de bebês. **Estilos Clín.**, São Paulo, v.13, n.24, 122-131, jun. 2008

KELLY, R.E.O.G. Parece mas não é! Algumas diferenças entre a Psicologia e a Psicanálise. **Distúrb. Com.**, São Paulo, v.16 n.3, p403-407, dez. 2004

LAPLANCHE e PONTALIS **Vocabulário de psicanálise**. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001

LAPLANCHE, J. **A angústia**: problemáticas I. São Paulo: Martins Fontes, 1998

LEVIN, E. **A infância em cena**: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

LLUÍS, J. M. Enuresis nocturna: su relación con otros transtornos. **Anu. Psicol.**, Barcelona, n.58, p.105-118, 1993

MAGALHÃES, D.D.M.M.O. Constituição do sujeito x desenvolvimento da criança: um falso dilema. **Estilos Clín.** São Paulo, v.11 n.20, p.92-109, jun. 2006

MAGGI, N. R. O espaço potencial de criatividade em crianças que experimentam situações de privação. **Estilos Clín.**, São Paulo, v.12 n.22, p.158-175, jun. 2007

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1981

MARTINS, R.H.G.; TRINDADE, S.H.K. A criança disfônica: diagnóstico, tratamento e evolução clínica. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 69, n.6, 801-806, dec. 2003.

MARTZ, M.L.W. **Alterações de voz e gagueira: problemas de linguagem?** Distúrb. Com., São Paulo, v.16 n.2, p.241-45, ago. 2004

MELLO, S.F.R. Enurese noturna primária. In: FILHO, E.A.R. et al. **Manual de pediatria.** 2ed. Londrina: UEL, 2000

MELO, E.C.M. et.al. Disfonia infantil: aspectos epidemiológicos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 67, n.6, p.788-94, nov. 2001.

MENEZES, L.S. **Desamparo.** São Paulo:Casa do Psicólogo, 2008

NASIO, J.D. **Edipo complexo do qual nenhuma escapa.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. **O prazer de ler Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999

_____. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

NETO, G.A.R.M. ; MARTÍNEZ, V.C.V. Angústia e sociedade na obra de S. Freud. **Psicol. Estud.** Maringá,SP, v.7 n.2, p.41-53, jul./dez. 2002

OLIVEIRA, C.M. **O mundo da criança enurética: um estudo fenomenológico-existencial.** 1987, 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

PACHELLI, L.: TOPCZEWSKI A. **Xixi na cama:** nunca mais! Saiba o que é mito e o que é verdade e aprenda a lidar com a enurese. São Paulo: Edições Inteligentes, 2005

PALLADINO, R.R.R. Desenvolvimento da Linguagem. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L.P.(org) **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004. p. 762-771

PALLADINO, R.R.R.; CUNHA, M.C.C.; SOUZA, L.A.P. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? **Pró-fono Rev. Atual. Cient.**, Barueri, SP, v.19, n.2, p.205-214, abr/jun. 2007

PALLADINO, R.R.R.; SOUZA, L.A.P; CUNHA, M.C.C. Transtornos de linguagem e alimentares em crianças. **Psicanál. Univ.**, São Paulo, n.21, p.95-108, set. 2004

PINHEIRO, M.G.; CUNHA, M.C. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. **Distúrb. Com**, São Paulo, 16(1): 83-91, abr. 2004

RODRIGUES, E.J.B. Síndrome: enurese noturna, valgismo, disfonia, ortodontopatia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**; v.63; p.280-83, maio-jun. 1997

SAFRA, G. “O silêncio” In: **Desvelando a memória do humano**. São Paulo, Edições Sobornost, 2006, p.64-80

_____. **Revisitando Piggle**. SP, Edições Sobornost, 2006b, p. 33-52

SANSÓ, T.P. Elementos para el diagnóstico psicológico de la enuresis. **Mayurqa: rev. Depart. Ci. Hist. Teoria Arts**, Palma, Illes Balears, n.19, p.149-59, 1979-1980.

SCHAFFER, U. **Crescer, amadurecer: poemas meditativos**. São Paulo: Antroposófica, 2001

SCHVARTZMAN, A. R. **Había una vez... historia y prehistoria en la clínica com niños y adolescentes**. Buenos Aires: Lúmen, 2008

SELAIBE, M. Entre o corpo e a palavra. **Psiche.**, São Paulo, v.8 n.13, p.33-41, jun. 2004.

SEMER, N.L. **Estudo da auto-estima em crianças pelo método Rorschach**. 1999. 176p. Tese (Doutorado em Psicologia Médica) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.

SOARES, M.K.; PAGLIARIN, K.C.; CERON, M.I. Terapia fonológica considerando as variáveis linguísticas. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** São Paulo, v.14 n.2, p.261-266, abr/jun. 2009.

TRALLERO, J.T. Psicofisiologia de la enuresis. **Anu. Psicol.** Barcelona, n.1, 117-126, 1969.

VORCARO, A. **Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999

WAHREN, C. Tratamiento de la enuresis: una mirada histórica. **Conexión Pediátr.** Buenos Aires, v.1, 2008.

WINNICOTT, D.W. O medo do colapso. In: _____. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p70-77.

_____. **Privação e delinquência**. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

YOUNG, W.P. **A cabana**. Rio de Janeiro: Sextante, 2008

ZORZI, J.L.; HAGE, S.R.V. **PROC – Protocolo de observação comportamental**. São José dos Campos: Pulso, 2004

ANEXOS**ANEXO 1**

DATA: ____/____/____

NOME DA CRIANÇA: _____

RESPONDENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

1) A CRIANÇA TEM PROBLEMAS NA LINGUAGEM? Sim () Não ()

QUAIS?

2) A CRIANÇA FAZ XIXI NA CALÇA DURANTE O DIA? Sim () Não ()

3) A CRIANÇA FAZ XIXI NA CAMA À NOITE? Sim () Não ()

ANEXO 2**CARTA CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS E/OU BANCO DE DADOS**

São Paulo, ____ de _____ de 2008

À COMISSÃO DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Eu, _____
portadora de RG _____, CPF _____,
responsável pelo “Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista”, autorizo a pesquisadora Thelma Kilinsky Birenbaum a realizar a sua pesquisa intitulada “Problemas de linguagem oral e enurese em crianças: abordagem fonoaudiológica” utilizando prontuários.

Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista

Assinatura do Responsável (com carimbo)

ANEXO 3**CARTA DE ACEITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE FOI REALIZADA A COLETA DE DADOS**

São Paulo, _____ de _____ de 2008

À COMISSÃO DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Eu, _____,
portador(a) de RG _____, CPF _____,
responsável pelo “Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista”, autorizo a pesquisadora Thelma Kilinsky Birenbaum a realizar a pesquisa intitulada “Problemas de linguagem oral e enurese em crianças: abordagem fonoaudiológica”.

Lar das Crianças da Congregação Israelita Paulista

Assinatura do Responsável (com carimbo)

ANEXO 4**TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO - CONSENTIMENTO INFORMADO
(PAIS/RESPONSÁVEIS)**

Autorizo a participação e a utilização dos dados referentes ao material clínico do meu filho, o menor _____

para a realização desta pesquisa. (“Problemas de linguagem oral e enurese em crianças: abordagem fonoaudiológica”)

Fui informado (a) de que não há quaisquer riscos associados a este projeto, assim como sei que os nossos nomes e identidades serão mantidos em sigilo.

Aceito que os dados desse estudo possam ser publicados e/ou apresentados em encontros profissionais, congressos, reuniões científicas e outras situações de interesse na área da saúde.

Compreendo tratar-se da realização de um estudo, e sei que tenho o direito de retirar o meu filho do mesmo a qualquer momento.

São Paulo, _____ de _____ de 2008

Nome: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ RG: _____

Thelma Kilinsky Birenbaum – pesquisadora

Instituição: PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

ANEXO 5



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 325/2008

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Claudia Cunha

Autor(a): Thelma Kilinsky Birenbaum

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Relações entre problemas de linguagem oral e enurese em criança: abordagem fonoaudiológica*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

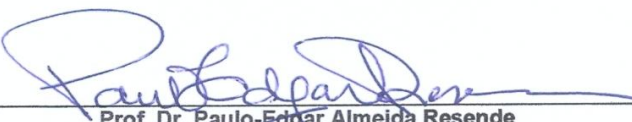
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 15/12/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 325/2008.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 15 de dezembro de 2008.


Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
 Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br