



ULBRA
CAMPUS TORRES

ISSN 1678-1740

**<http://ulbratorres.com.br/revista/>
Torres, Vol. I - Novembro, 2016**

Submetido em: Jul/Ago/Set, 2016

Aceito em: Out/2016

ENURESE NOTURNA COMO SINTOMA DE UMA CRIANÇA ADOTADA

Bruna Caroline dos Santos¹

Graziela Cucchiarelli Werba²

Resumo

Apresenta-se um caso clínico de atendimento psicológico a uma criança com oito anos de idade, do sexo masculino, com queixa de enurese noturna. A modalidade de atendimento foi Psicoterapia Breve e ao final do tratamento a criança recebeu o diagnóstico de Enurese com CID F98.0. Um elemento importante na história da criança e que também foi trabalhado nas sessões psicoterapêuticas e nas entrevistas com os pais, foi a adoção. Após os meses de tratamento e no fechamento do processo psicoterapêutico, os pais puderam compreender qual sua participação nas dificuldades enfrentadas pela criança.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Enurese noturna. Adoção. Clínica escola.

Introdução

O objetivo do presente trabalho é relatar um estudo de caso psicopatológico com abordagem fenomenológica e psicodinâmica sobre enurese noturna infantil. Com o estudo de caso, podemos adquirir um maior conhecimento, já que o caso é

estudado em profundidade e as possíveis hipóteses de diagnóstico do paciente em questão são analisadas detalhadamente.

O caso relatado foi atendido por uma estagiária na Clínica Escola de Psicologia e foi supervisionado sistematicamente pela professora responsável pelo local, bem como pela supervisora acadêmica do estágio. Ao ser admitido na clínica os responsáveis pelo paciente assinaram o termo de assentimento permitindo a divulgação científica do caso.

Conforme Gorgat, Holcberg e Oliveira (2002, p. 44), “a abordagem psicodinâmica refere-se a uma compreensão do psiquismo em seus processos

1 Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Campus Torres

2 Psicóloga, Doutora em Psicologia pela PUCRS, Coordenadora e Professora do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Campus Torres

dinâmicos, orientando o trabalho em direção ao insight”. Na abordagem psicodinâmica trabalhamos com os princípios da psicanálise, pois esta teoria nos proporciona a elaboração e resolução de conflitos psíquicos, ajudando assim na reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade.

Sob essa perspectiva, o sintoma consiste em uma comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente. Esses conflitos, agregados a todos os afetos que permeiam e ao protótipo das relações infantis, expressam-se na relação terapêutica, o que torna o campo transferencial uma vertente fundamental para as hipóteses do terapeuta. Outro aspecto de relevância para a conceituação psicanalítica refere-se à esfera conativa, ou seja, a determinação inconsciente de desejos, motivações ou medos no plano da ação. Os processos mentais valem-se de mecanismos de defesa que tem a finalidade de afastar o desconforto provocado por certas percepções ou desejos. (GORGAT ET AL, 2002, p. 44)

A modalidade de atendimento utilizada neste caso foi a psicoterapia breve, pelo fato de se ter um número delimitado de sessões, as quais são articuladas a partir de um foco direcionado à queixa trazida pelo paciente. Este precisa estar motivado e ter capacidade de produzir mudanças. À medida que há uma questão específica a ser trabalhada, abre-se a possibilidade de avaliar se esta foi ou não de fato atingida (CORDIOLI, 1998).

No caso do paciente, a quem chamaremos de Tomas (nome fictício), levamos em conta dois fatos: primeiro, ele é uma criança adotada, segundo, a família planejou uma segunda adoção para “suprir o desejo dos pais de ter mais um filho” (sic). Desta forma, ao perceber que vai perder o lugar de filho único, Tomas parece regredir para os primórdios da infância, fase inicial onde não há controle esfíncteriano, ou seja, controle dos impulsos, expressando pela urina o estado angustiante pelo qual está passando. Foge dessa dinâmica para um estado de vida mais elementar, como um bebê que busca a proteção da mãe, parecendo não obter outra forma de se aliviar a angústia frente a fantasia de abandono.

Na primeira sessão, realizada com os pais ocorre a anamnese na qual comentam sobre a enurese noturna do filho e a angústia provocada pela situação. Contam que após vários tratamentos clínicos sem êxito, resolveram recorrer ao uso de fraldas, pois estão muito cansados e sem saber o que fazer. A mãe relata o quanto é difícil para ela lidar com essa situação, pois seu filho, embora tendo oito anos de idade ainda precisa usar fraldas à noite, pois não acorda para ir ao banheiro

e termina urinando na cama. Questionada sobre os sentimentos do filho em relação a isso, ela diz que ele parece não se importar em usar fraldas para dormir, porém não quer que ninguém saiba, pois sente vergonha.

O Caso

Para iniciarmos a explanação do caso sobre enurese noturna, trouxemos a contribuição de Marcelli (1998, p.111) que define enurese como “a emissão ativa completa e não controlada de urina, uma vez passada a idade da maturidade fisiológica, habitualmente adquirida entre os 3 e 4 anos”.

De acordo com a linha teórica adotada no tratamento, veremos a enurese do ponto de vista psicanalítico, segundo a qual os sintomas têm um sentido e uma relação com as experiências vividas pelo sujeito. Segundo Freud (1996, p. 95), “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão”. Podemos ainda acrescentar, que o sintoma resulta de três mecanismos importantes, que são a formação reativa, formação substitutiva e formação de compromisso. A defesa que a formação do sintoma constrói vai ao sentido da luta contra uma angústia específica (BERGERET, 1983).

A enurese infantil é considerada um dos principais sintomas utilizados pelas crianças para reclamar atenção e mostrar que têm necessidade de ajuda, e sendo um sintoma, é involuntária. É comum que a enurese noturna apareça após o nascimento de um irmão, depois de algum problema familiar grave, depois de uma separação importante (SILVARES E PEREIRA, 2012). É considerada, de maneira geral, como uma forma de regressão da criança.

Neste sentido, o processo de avaliação é uma ferramenta valiosa para o profissional compreender o sintoma,

[...]permite ao profissional de saúde ter ampla compreensão tanto do quadro de enurese como de questões específicas sobre a história de desenvolvimento do paciente e da dinâmica familiar em que ele está inserido para assim selecionar a intervenção mais adequada para o mesmo. (EMERICH E SOUSA in SILVARES E PEREIRA, 2012, p. 64)

De modo geral, a avaliação clínica da enurese infantil inclui a história pregressa, obtida na entrevista com os pais (anamnese), os dados do distúrbio, a dinâmica familiar e a posição do paciente frente a este distúrbio.

Na anamnese, a primeira narrativa dos pais é sobre a adoção de Tomas. Ele é o único filho do casal, sendo adotado aos seis meses de vida. A mãe relata que antes da adoção Tomas, passou por uma adoção ilegal assim que nasceu, pois, sua mãe biológica o rejeitou. Este seria um ponto de conflitualidade no desenvolvimento da criança, sendo-lhe negados o primeiro vínculo, o calor do corpo, a voz e o som do coração da mãe.

Na experiência inicial de adoção, Tomas encontra uma jovem mãe que, impedida de gerar filhos, optou pela adoção, chegando a tomar remédios para produção de leite para poder amamentá-lo. Tomas ficou com essa família desde o seu nascimento até completar dois meses, quando uma denúncia dessa adoção irregular levou o conselho tutelar a retirar o menino deste lar. Pela segunda vez faz-se um corte, numa relação que estava sendo estabelecida em parâmetros de cuidado e afeto, rompendo novamente a vinculação da criança com a família.

Após estas duas experiências de desvinculação, a criança é adotada pelo casal que chega então ao atendimento da Clínica Escola de Psicologia.

Os atuais pais adotivos de Tomas tentaram por diversas vezes ter filhos biológicos, mas após o segundo aborto espontâneo optaram pela alternativa da adoção. Após aguardarem anos na fila de espera, surgiu a oportunidade da adoção de Tomas, logo, realizaram as avaliações e entrevistas, sendo considerados aptos para a adoção.

Posteriormente a narração da história da adoção, os pais introduzem o tema da enurese, demonstrando que este assunto é considerado o maior problema da família. Segundo a mãe Tomas teve um desenvolvimento normal, a retirada das fraldas se deu quando ele tinha três anos. Durante o dia se adaptou muito bem, pedindo sempre para ir ao banheiro, porém o desfralde da noite foi muito difícil.

Persistindo o problema da enurese, os pais começaram a ter muitas dificuldades para lidar com a situação, recorrendo ao médico para uma avaliação a fim de verificar se havia algum tipo de alteração clínica. Foram realizados exames sem que nenhuma explicação clínica fosse encontrada.

O médico consultado orientou a um tratamento medicamentoso, no qual o paciente deveria ficar doze horas sem urinar, porém Tomas não obteve sucesso.

Buscaram outro método conhecido como “pipirom”, que consiste em um dispositivo que é colocado na cueca fazendo soar um alarme a qualquer sinal de urina.

O tratamento com aparelho de alarme de urina é efetivo na superação da EN pelo fato de o sinal do aparelho conseguir fazer com que a maioria dos portadores de enurese desperte ao sinal dado pelo alarme indicando bexiga cheia e/ou que ela iniciou o processo de urinar, quase no momento mesmo em que ela começa a fazê-lo. Com a continuidade do procedimento o portador acaba por aprender a controlar a urina (o mais frequente) ou a despertar quando sua bexiga está cheia para urinar, dispensando o aparelho. O alarme atua na discriminação dos sinais da bexiga durante o sono, fazendo com que o portador adquira a resposta de controle (SILVARES, 2013, p. 11).

Ele seria uma espécie de despertador, acordando a criança nos primeiros vestígios de urina, permitindo que fosse ao banheiro. Este método também não foi eficaz com a criança que mesmo com o alarme, não acordava.

Silvares e Pereira (2012, p. 19) explicam que “a enurese é um distúrbio do despertar” e que “toda criança com enurese é também uma criança que tem sono pesado”. Esta premissa é confirmada no caso de Tomas, que dizia ter o sono profundo e explicava que não acordava nem quando estava molhado, *“é que eu tenho o sono muito pesado e não acordo pra fazer xixi”* (sic).

Numa tentativa de estimular Tomas a trabalhar com o tema do controle, os pais lhe deram um cachorro e combinaram que ele seria responsabilidade do menino. Assim, numa das sessões psicoterapêuticas, o menino contou que limpava o “xixi” do cãozinho. Mas também revelou que ao pisar no “cocô” do cachorro, seu pai lhe chamou de “dormente” (sic).

Anteriormente a mãe já havia comentado com a terapeuta que se preocupava com o fato de Tomas ter tanta dificuldade em controlar as necessidades: *“como é que ele ia cuidar do cachorro se não conseguia cuidar do próprio corpinho”* (sic). Ao conseguir retirar a fralda, a mãe entendeu que ele estava apto a cuidar de si e do cachorro.

Em outra sessão a terapeuta questiona o paciente se ele fez “xixi” na cama, obtendo resposta positiva. Na sequência, a terapeuta pergunta o que ele teria feito ao perceber que molhara a cama, ao que ele responde: *“fui para a cama da mãe e ela trocou os lençóis”* (sic).

Estes diálogos mostram que a família parece ter construído um consenso de que o menino é na verdade “um dormente”, como o pai havia dito, além de ficar

evidente a necessidade de continuar sendo cuidado pela mãe. Diante disso, parece ser autorizando a ter o sono pesado a tal ponto que nem percebe os sinais do próprio corpo. Neste ponto nos interrogamos sobre a “dormência” ou a falta de percepção que Tomas tem do seu corpo como um limite entre ele e a mãe, e entre ele o mundo, para o qual ainda estaria “dormindo”. Vemos que a criança recebe um estímulo para permanecer desconectada da realidade externa, ignorando, entre outras coisas, seu senso perceptivo.

Nevéus (2011) citado por Silhares e Pereira (2012), faz uma analogia ao que acontece durante a noite, ele discorre exemplificando:

[...] por exemplo, alguém que acaba por ignorar as batidas na porta, após ter ouvido várias vezes batidas nela sem nunca ter aparecido alguém lá para ser atendido, apesar de ter ido sempre atender. No caso da enurese, uma pessoa que tem bexiga hiperativa e/ou cheia e uma história de detrusores disfuncionais (que sinalizam indevidamente a urgência de urinar), acaba por ignorar as batidas (sinais excitatórios), ou seja, age como a pessoa das batidas na porta, a qual acaba por instalar uma fechadura mais forte (sono pesado) para não acordar mais (a não ser quando já está toda molhada). (NEVÉUS, 2011, apud, SILHARES E PEREIRA, 2012, p. 19).

Diante da reincidência do descontrole esfinteriano de Tomás, a família torna a buscar soluções. Tanto o remédio, quanto o dispositivo sonoro não trouxeram o resultado esperado e tentam outro método. São aconselhados a despertarem de três em três horas durante noite para levar Tomas ao banheiro. Entretanto o menino segue dormindo e termina urinando sem despertar. Novamente o estado de “dormência” parece dominar a cena levando a mãe, mais especificamente, à exaustão.

Após dois anos de tentativas frustradas, e com orientação do médico, a família decide que Tomás, que já está com seis anos de idade, voltará a usar fraldas, permitindo que as noites de sono fossem retomadas.

O que acontece nesta fase é entendido como um convite à regressão aos primórdios do desenvolvimento, causando novas angústias ao grupo familiar. Com razão, os pais sentem o uso das fraldas como um fracasso, não apenas em relação ao tratamento, mas principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil do menino.

Retomamos a queixa principal na busca do atendimento, que é de enurese noturna de um menino de oito anos de idade, que apesar de já ter passado por diferentes tipos de tratamentos, mantém o sintoma.

Outro ponto importante para a compreensão do sintoma é que Tomas não é de fato consultado sobre o uso das fraldas, pois para os pais, consta que ele não se importa, entretanto para a terapeuta ele confessa sentir-se desconfortável e envergonhado com esta condição. Tudo indica que o paciente tem a dimensão do que a enurese significa na sua vida, pois sente vergonha em usar fraldas para dormir, pois diante de estranhos ele esconde o fato.

De acordo com Emerich e Sousa (2012), existem estudos que revelam que geralmente as crianças com enurese têm uma preocupação em comum, que é, o fato de que as pessoas descubram que elas “molham a cama”, o que acaba afetando a vida social destas crianças.

Quando a enurese se alonga na rotina da criança, impõe limitações em sua vida social, tais como: dificuldade para dormir na casa de primos e de amigos, participar de passeios escolares, etc., a enurese é vista também como uma tendência antissocial, pois a privação sofrida pode levar a criança a desenvolver a tendência antissocial. (GOMES, 2006).

Além disso:

As manifestações da tendência anti-social acontecem por meio de comportamentos incômodos para o ambiente e podem ser primitivas, como a avidez, a enurese etc., ou mais tardias, como o roubo, a mentira e a destrutividade. Elas são sempre atuações (acting-out) que ocorrem no momento em que a criança tem esperança de reencontrar o bom ambiente que lhe foi tirado. (GOMES, 2006, p.59)

Para Soares et al (2005) a enurese tem grande impacto na vida da criança portadora, mas não se limita só a ela, a família sofre consequências devastadoras, pois leva ao estresse familiar, a frustrações diante de esforços sem retorno positivo, entre outros fatores.

No discurso dos pais, as consequências instaladas perante o distúrbio, são principalmente o estresse e a vergonha que sentem diante dos familiares, o que os faz recorrer ao segredo sobre o assunto. Isso nos leva a pensar o quanto essa família está implicada no tratamento da criança, será este sintoma a expressão das dificuldades no sistema familiar? Como se constituiu o vínculo familiar a partir da

adoção, sendo esta uma história marcada por perdas em ambos os lados? A perspectiva de uma segunda adoção fará Tomas reviver o sentimento de perda? Tentaremos esclarecer estes pontos a partir do entendimento da dinâmica familiar.

Durante a anamnese, o pai e a mãe estavam presentes, porém quem mais falava era a mãe. O pai participou menos, referindo-se à enurese como “falta de vergonha” (sic), porque ele era muito esperto, “sabia mexer em qualquer coisa, e como é que não conseguia ir ao banheiro sozinho” (sic). Estes comentários demonstram que há um distanciamento afetivo do pai em relação ao menino, uma vez que ele desconsidera o sofrimento que a enurese causa neste.

Nas interpretações das famílias acerca da enurese de suas crianças, foi identificado que os significados atribuídos à mesma se organizam em dois grandes campos que se cruzam: um remetido ao terreno da responsabilização da própria criança por sua enurese, seja por uma "pirraça ou resposta malcriada", ou ainda por uma debilidade física, e outro remetido a fatores externos, como o ambiente familiar e a situação econômica e social (SOARES ET AL, 2005, p. 309).

Para uma compreensão do caso, é necessário considerar o histórico de adoção, em vista disso, abordaremos brevemente a adoção e a dinâmica familiar como condição na vida do paciente.

O Sintoma a Partir da Adoção

Gerar um filho significa muito mais do que continuidade biológica, significa uma apropriação da maternidade e da paternidade da criança. Levinzon (2004), entende que os pais biológicos sabem desde o início que a criança é incondicionalmente sua. Todavia os pais adotivos precisam da autorização da justiça para se tornarem pais, além de se depararem com incertezas durante todo o percurso da adoção, tais: como se dará a solidez do vínculo com a criança e o medo de a perder.

A adoção representa, de modo geral, uma forma de proporcionar uma família às crianças que não podem, por algum motivo, ser criadas pelos pais que a geraram. Representa ainda, a possibilidade de ter e criar filhos para pais que apresentam limitações biológicas ou que optam pelo cuidado de crianças com quem não possuem ligação genética. (LEVINZON, 2004, p. 12).

Schettini, Amazonas e Dias (2006), citam que na maioria das vezes, a adoção e a constituição da família adotiva se dá a partir de dois tipos de sofrimentos: um é em relação a perda dos laços primários com a família biológica, outro é a desilusão do casal diante do fato de não poder gerar filhos. Neste contexto cabe aos pais adotivos o papel de ajudar a criança a crescer como filho e como pessoa. Ainda, conforme Schettini et al. (2006, p. 289): “nessa perspectiva, a adoção tem dupla finalidade: permitir que a criança encontre uma nova família e um ambiente satisfatório para o seu desenvolvimento e possibilitar aos pais o exercício da paternidade”.

Por vários motivos a criança adotada, mais do que qualquer outra, deve ser continuamente valorizada e elogiada em tudo que ela é, ou faz de bom (GOMES, 2006). Isso não significa que os pais serão omissos em relação aos erros da criança, significa apenas que o caminho para a educar está mais próximo do elogio ao que ela faz de positivo, do que da crítica severa aos comportamentos negativos.

Para Gomes (2006), a criança que foi adotada se diferencia das demais crianças pelo fato de que a sua história é marcada por perdas, separações e rupturas. Este elemento em comum na vida de todas as crianças adotadas é uma marca permanente e que será diferentemente elaborada a partir do conjunto de possibilidades que cada uma delas encontra nas famílias adotivas.

A partir dos dados trazidos na anamnese, podemos observar que a história de Tomas é marcada por estas rupturas e perdas. A separação prematura da mãe biológica, depois a separação da primeira mãe adotiva, com a qual conviveu por dois meses, e por final, a ruptura do vínculo que se estabeleceu com a instituição por onde permaneceu por quatro meses.

As marcas das separações na vida de Tomas se evidenciavam também no setting terapêutico. Em uma das sessões ele chegou com a mãe e foi orientado a aguardar na sala de espera enquanto a terapeuta conversava com esta. Ao ser chamado para a sessão, ele estava resistente e a terapeuta percebeu que o fato de ser deixado na sala de espera pareceu ter reativado lembranças de abandono. Na sessão a terapeuta conversou com ele e reestabeleceu a dinâmica, mas precisou de algum tempo para recuperar a confiança do menino.

Os dados deste caso nos levam a crer que a enurese também pode ser entendida como uma narrativa que a criança conta do modo como pode, com as condições que acredita ter. Em Tomás, a enurese é a expressão da instabilidade

emocional, uma forma de regressão e uma manifestação reativa. É compreensível que a criança adotada apresente com frequência esse problema, principalmente no estágio de convivência, quando ela “sabe” da sua situação. De certa maneira, Tomas parece usar seus sintomas como meio de chamar a atenção da família e também como forma de manipulação. Por outro lado, podemos entender que o menino recebe uma espécie de “autorização” para seguir sendo um bebê até que outro bebê chegue na família.

Gomes (2006, p. 59), menciona que “a criança adotada pode ter na nova família um ambiente suficientemente bom, porém, diferente do inicial”, isso causa angústia e medo, o que pode evoluir a um sintoma. Neste contexto, a autora propõe que, para que os pais adotantes possam desempenhar seus papéis satisfatoriamente, devem estar bem resolvidos quanto às suas motivações para a adoção. Mesmo sendo muito difícil para o casal lidar com questões tão íntimas como infertilidade e abortos, essas questões devem estar bem esclarecidas antes de haver uma adoção, pois caso isso não ocorra, como foi a situação da família de Tomas, os cuidados com a criança podem ser insuficientes, gerando sintomas e sentimento de fracasso na dinâmica familiar.

Os pais devem estar dispostos para enfrentar a difícil tarefa de auxiliar a criança a retomar seu desenvolvimento saudável e sua saúde psíquica.

Para que as famílias adotivas possam construir dinâmicas mais favoráveis, é importante que as especificidades do processo adotivo sejam trabalhadas de forma profilática e preventiva. Os candidatos a pais precisam estar conscientes de que o filho a ser adotado terá outro casal como genitores e trará consigo uma história pré-adotiva que não poderá ser negada ou descartada, mas, para a saúde psíquica da criança, precisará ser integrada à sua história de vida. Esta conscientização, muitas vezes, é dificultada por processos de negação vinculados a questões inconscientes dos adotantes. (SCHETTINI ET AL, 2006).

Enfim, a enurese é um sintoma e para que seja superada precisa ser compreendida em sua origem, seja em uma família biológica ou adotiva.

Diagnóstico e intervenção

Com base nas informações obtidas nas entrevistas iniciais, é necessário ter um direcionamento das sessões seguintes para se investigar questões como: a involuntariedade do comportamento e quantidade de urina eliminada; a idade do paciente (ter mais de cinco anos) e a frequência que se dão os escapes noturnos. (EMERICH E SOUSA in SILVARES E PEREIRA, 2012)

Levando em conta as queixas relatadas nas entrevistas com os pais, as sessões realizadas com o paciente e a avaliação dos critérios de classificação do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2014), o diagnóstico clínico de Tomas é enurese exclusivamente noturna, pois preenche a todos os critérios diagnósticos de enurese do DSM-5:

307.6/ A;B;C;D – Enurese exclusivamente noturna. As características essenciais da enurese a eliminação repetida de urina na cama ou na roupa voluntária ou involuntária (critério A), o comportamento é clinicamente significativo conforme manifestado por uma frequência de no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses consecutivos ou pela presença de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (profissional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (critério B), a idade cronológica mínima é de 5 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente (critério C) e o comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., diurético, medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (p. ex., diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo) (critério D). É necessário determinar o subtipo: exclusivamente noturna. (DSM-5, 2014, p.355).

No tratamento, se encararmos a enurese como a forma que o paciente tem de expressar os seus sentimentos sufocados, devemos ajudá-lo a manifestar esses sentimentos através do brincar, que conforme Affonso (2012, p. 19): “a atitude lúdica diz respeito a uma posição mental considerada livre por excelência, tendo por paradigma o brincar da criança que frui em liberdade o prazer de se entregar a seus objetos de relacionamento, entretenimento e divertimento”, é através do brincar, que a criança fala de si simbolicamente, e a maneira como ela atua durante essa atividade pode revelar o sentido oculto das angústias e dos sintomas que apresenta.

No caso, as brincadeiras preferidas de Tomas eram os jogos, sendo que embora as regras fossem estabelecidas por ele, eram transgredidas. Ao ser questionado pela terapeuta sobre o não cumprimento das próprias combinações, ele retomava a fala infantilizada, mostrando-se isento de qualquer tipo de responsabilidade. Este movimento nos indicava que Tomas não se esforçava em

buscar a autonomia possível para sua idade. O lugar ocupado pelo menino só poderia mudar com a compreensão dos pais sobre a dinâmica na qual estavam diretamente envolvidos.

Além do tratamento psicoterapêutico, muitas vezes se faz necessário o uso de aparelhos de alarme ou outros mecanismos para que o paciente possa acordar ou exercitar a bexiga.

Há uma distância entre ter o aparelho em mãos e seguir os procedimentos necessários para com ele se obter o controle vesical. Este supõe, primeiro, que do comportamento enurético não decorram ganhos secundários e, segundo, que a criança aprenda uma série de procedimentos para usar o aparelho de alarme. O domínio desses procedimentos exige, de um lado, **empenho** por parte da criança e seus pais e, de outro, o **máximo apoio** dos familiares à criança durante o processo de aquisição do controle. Se não contar com estes dois ingredientes, a criança não irá alcançar devido controle vesical. (SILVARES E SOUZA, 2001, p.103)

Tendo consciência de que a enurese é involuntária, a criança não deve ser castigada, humilhada ou culpabilizada. Se os pais ficam ansiosos, ou são rigorosos, podem transformar o problema em algo muito mais difícil de ser superado, adiando assim a sua resolução (SILVARES & PEREIRA, 2012).

A família deve apoiar e auxiliar a criança para sua autonomia, porém não é o que vemos acontecer com Tomas, que ainda se encontra numa posição de dependência dos pais, que por sua vez, falham em ajuda-lo na tarefa da independentização.

Por vezes os pais presenciaram movimentos regressivos do menino através de uma voz infantilizada que voltava ao padrão da idade no setting terapêutico. Além da fala infantilizada, outra tarefa desenvolvimental não alcançada por Tomas era amarrar o cadarço do tênis.

Diante do cenário, é realizada outra sessão com a família, na qual a terapeuta propõe que haja uma mudança no comportamento de todos. Os pais deveriam deixar ao encargo de Tomas a responsabilidade por acordar, ir ao banheiro e urinar no lugar certo. Diante do compromisso, o menino responde: “eu vou levantar para fazer xixi no banheiro, mas tu me acorda” (sic) apontando para a mãe, novamente buscando se manter como um bebê dependente.

No discurso de Tomas, a mãe é sempre evocada, como sendo a responsável por ele e pelo que ele faz, o pai, pouco é mencionado pelo menino, isso

nos faz perceber a fragilidade da função paterna, o que também favorece o sintoma, pois “é reconhecido como importante o papel do pai no desenvolvimento da criança e a interação entre pai e filho é um dos fatores decisivos para o desenvolvimento cognitivo e social, facilitando a capacidade de aprendizagem e a integração da criança na comunidade.” (BENCZIK, 2011, p. 68). Parece que, o que fica evidente é o modo que o pai vê o filho, como “dormente” e incapaz de superar o “problema de molhar a cama”, onde é sustentado pelo sintoma de enurese de Tomás.

Conclusão

Ao final do tratamento a criança recebeu o diagnóstico de Enurese com CID F98.0. A enurese é um sintoma que envolve toda a família da criança, seja pela vontade de extingui-lo, que é algo que incomoda a todos ou seja pelo fato do exaustivo caminho até a melhora. Por isso, toda a família deve de fato estar envolvida nesse processo para que as relações, principalmente com a criança em questão sejam fortalecidas

O fator mais relevante na determinação do sucesso do processo de adoção relaciona-se à capacidade da família em cuidar de uma criança, em especial de oferecer a ela um atendimento às suas necessidades, sem subjugar o peso dos traumas vivenciados em sua história pregressa (GOMES, 2006).

A enurese noturna é um sintoma que tem aparecido com certa frequência nos consultórios de psicologia, aumentando a necessidade de compreender seus significados, suas origens e motivações.

No atendimento de crianças precisamos redobrar a atenção tanto no setting, quanto na anamnese. O vínculo com a família é uma ferramenta fundamental para o sucesso da terapia da criança, pois a criança fala pela família e o sintoma da criança é o sintoma da família.

Com este estudo pudemos ver o quanto é importante para a criança que os pais se responsabilizem de fato no tratamento, sendo capazes de perceber o sintoma e, com a ajuda profissional visualizarem a relação familiar e o lugar que cada um ocupa neste enredo.

Tomas adota o discurso do pai para si, aceitando a identidade de dormente, se apresentando desta forma ao mundo. Quando a criança entra em um papel reproduzindo a demanda familiar, pode estar fadada a cristalizar neste lugar.

A história de Tomas com o mundo foi marcada pela rejeição, sendo que o período gestacional é desconhecido. Os primeiros oito anos de vida foram assinalados por perdas e de alguma maneira ele parece reivindicar uma atenção que lhe fora negada. Nos primeiros anos de vida é que se dão as primeiras identificações com as figuras parentais. Lembramos então do discurso da mãe e de como ela vê o pai, além de salientarmos que o pai, por sua vez, vê o filho como “dormente”. Assim a criança parece corresponder ao que vive e ao que crê que esperam dele. Talvez deste modo acredite não ser mais privado do amor oferecido e anteriormente retirado.

Outro acontecimento importante é o fato de que Tomas está prestes perder o lugar de filho único, já que a família aguarda outra adoção.

O material obtido durante o tratamento de Tomas nos aponta que ele está em uma família que embora tenha um intenso desejo de se constituir como tal, parece não saber ainda lidar com as dificuldades advindas de uma adoção. A criança adotada já vem com uma bagagem própria, já tem uma história anterior que pode ser decisiva em determinados transtornos. Porém ao adotar, nem todas as famílias estão conscientes e preparadas para lidar com traumas da vida pregressa da criança.

Como vemos neste caso, os problemas apresentados pela criança, podem gerar sentimentos de fracasso, impotência e até de medo frente à criança. Esta por sua vez, acaba respondendo de acordo com sua estrutura e condições, que podem ser traduzidas em um sintoma. Entendemos que foi isto que ocorreu com Tomas e sua família. Ambos se defrontaram com fragilidades, mas sendo a criança, a mais vulnerável, é nela que se expressa o sintoma, no caso de Tomas, a enurese.

Vimos que a psicoterapia, embora não tenha extinguido o sintoma, conseguiu amenizá-lo, ao permitir que ele fosse reconhecido como tal. O primeiro passo neste tratamento foi dar visibilidade à enurese como um problema psicológico, modificando a visão dos pais sobre os seus significados. O segundo passo foi construir estratégias para a eliminação do sintoma, criando nova dinâmica familiar para que a criança pudesse evoluir em direção ao desenvolvimento padrão para sua idade. O terceiro passo consistiu em fortalecer os vínculos entre cada um e todos,

buscando garantir que os pais de Tomas compreendessem a necessidade de ajudá-lo a crescer.

Sendo assim, após o trajeto percorrido durante os meses de tratamento, observamos que a família percebeu que o sintoma de enurese de Tomas era a forma com que ele tinha de reclamar a atenção, e que a partir disso, os pais puderam enxergá-lo como uma criança com oito anos de fato, e não mais como um bebê, como era visto. Tomas, passou a entender que os pais não irão abandoná-lo, nem mesmo com a chegada de uma outra criança na família. Tomas também entendeu que precisava se esforçar para se livrar do sintoma, podendo ter uma vida social melhor.

Como o sintoma foi amenizado, mas não extinguido, Tomas recebeu a indicação de seguir em terapia para uma intervenção mais profunda na qual o tema da adoção tenha mais espaço terapêutico. Tendo em vista a história da criança, o sintoma e sua relação com a adoção, entendemos que a família também se beneficiaria da Terapia Familiar Sistêmica em uma segunda etapa do tratamento.

Por fim, salientamos a importância do tratamento psicoterapêutico para que Tomás tenha conseguido se liberar do sintoma e de uma vida infantilizada, podendo caminhar em direção a uma maior autonomia e uma vida social mais enriquecida.

Referências

AFFONSO, Rosa M. L. **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

BENCZIK, Edyleine B. P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. Psicopedagogia** 2011; 28(85): 67-75. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n85/07.pdf> Acesso em 14 de jun. 2016.

BERGERET, Jean. **Manual de Psicologia Patológica**. São Paulo: Messon, 1983.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

EMERICH, Deisy R. SOUSA, Carolina R. B. de. In SILVARES, Edwiges F. de M., PEREIRA, Rodrigo F.(Org). **Enurese Noturna: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol XX

GOMES, Katia. A adoção à luz da teoria winnicottiana. **Winnicott E-prints** volume 1 nº 2, série 2 ano 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v1n2/v1n2a05.pdf>. Acesso em 24 de Nov. 2015.

GORGAT. Soraia Bento et al. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Rev Bras. Psiquiatr** 2002; 24 (Supl III): 44-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13971.pdf>. Acesso em 15 nov. 2015.

LEVINZON, Gina Khafif. **Adoção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MARCELLI, Daniel. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SCHETTINI, Suzana S. M., AMAZONAS, Maria Cristina L. de A., DIAS, Cristina M. de S. B. FAMÍLIAS ADOTIVAS: Identidade e diferença. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 285-293, mai./ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a06.pdf>. Acesso em 02 de jun. 2016.

SILVARES, Edwiges F. de M.. Negligência e abuso contra crianças e adolescentes com enurese: O que pode ser feito. **PSYCHOLOGICA** Volume 56, 2013. Disponível em <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1808/1180> acesso em 10 de junh de 2016

SILVARES, Edwiges F. de M., PEREIRA, Rodrigo F.(Org). **Enurese Noturna: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVARES, Edwiges F. de M., SOUZA, Carmen Lucia. Prevenção e tratamento comportamental dos problemas de eliminação na infância. **Temas em Psicologia da SBP** - 2001.Vol 9 nº2, 99-111. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v9n2/v9n2a03.pdf>. Acesso em 02 de jun. 2016.

SOARES, Ana Helena R., MOREIRA, Martha C. N., MONTEIRO, Lúcia M. C., FONSECA, Eliane M. G. de O. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (3): 301-311, jul. / set., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a06v5n3.pdf> Acesso em 14 de jun. 2016.