

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

**VIVÊNCIAS COTIDIANAS
DE MÃES DE CRIANÇAS ENURÉTICAS**



**PUC-CAMPINAS
2002**

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

**VIVÊNCIAS COTIDIANAS
DE MÃES DE CRIANÇAS ENURÉTICAS**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientadora: Regina Maria Leme Lopes Carvalho

PUC-CAMPINAS
2002

GRÃO-CHANCELER

Dom Gilberto Pereira Lopes

REITOR

Pe. José Benedito de Almeida David

VICE-REITOR

Prof. Wilson Denadai

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Lamil Cury Sawaya

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Profa. Dra. Vera Sílvia Marão Beraquet

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

Prof. Luiz Maria Pinto

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTU SENSU” DE
PSICOLOGIA, CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA**

Profa. Dra. Vera Engler Cury

Ficha Catográfica

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação – SBI – PUC de Campinas

JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA

VIVÊNCIAS COTIDIANAS
DE MÃES DE CRIANÇAS ENURÉTICAS

BANCA EXAMINADORA



Presidente e Orientadora: Regina Maria Leme Lopes Carvalho



1º Examinador Profa. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden



2º Examinador Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Campinas, 13 de Dezembro de 2002

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora: Regina Maria Leme Lopes Carvalho

1º Examinador Profa. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden

2º Examinador Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Campinas, 13 de Dezembro de 2002.

Aos meus pais, *Omar e Graça*.

*Pai e Mãe,
Ouro de mina
Coração
Desejo e sina
Tudo mais... (Djavan)*

Pai, admiro-o pela sabedoria, sensatez e força.

Mãe, tenho em você o colo e o carinho de que preciso. Você, a cada dia, engrandece o nosso lar com seu amor, carinho e compreensão.

Agradeço a vocês dois por existirem na minha vida.

Obrigado pelo amor, dedicação, incentivo e estrutura familiar. Obrigado pelas oportunidades e preocupações constantes que me levaram ao saber e à arte.

Obrigado por acreditarem em mim e por todo o esforço que fizeram nesses anos todos.

Não se pode ensinar tudo a alguém. Pode-se, apenas, ajudá-lo a encontrar por si mesmo. (Galileu Galilei)

Às minhas irmãs, *Jeanna Glenda* e *Janna Ilys*, por toda a amizade, amor, alegria e diversão. Agradeço a Deus por fazer parte desse trio de mulheres lutadoras e sábias.

*Não devemos ter medo dos confrontos.
Até os planetas se chocam e do caos nascem as estrelas. (Charles Chaplin)*

Aos meus avós maternos, *Maria Raimunda e Clodoaldo*, pelo exemplo de vida, união e felicidade. Saudade dos momentos de aconchego e das conversas divertidas, que só existem da sua casa, vovó.

O sábio teme o céu sereno, em compensação, quando vem a tempestade ele caminha sobre as ondas e desafia o vento. (Confúcio)

À tia Maria Flor, pelo ser humano que é, por me ensinar que a fé é essencial.

*Abre-se o coração dos outros
Quando se abre o próprio coração. (Quesnel)*

Ao Porto, pelo amor, dedicação e companheirismo. Por acreditar na minha capacidade pessoal e profissional. Obrigado pela paciência e compreensão em todos os momentos.

E você aprende que realmente pode suportar...que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. (William Shakespeare)

Agradecimentos

A Dra. Regina Maria Leme Lopes Carvalho, pelo convívio, apoio, estímulo e pelos momentos sinceros de partilha e contribuição no meu trabalho.

À minha família, tios, tias e primos, pelos momentos indiscutíveis de emoção e alegria, pelo carinho e pela presença em todas as horas.

À tia Marlene, pelo incentivo nos primeiros passos rumo a um saber psicológico.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-CAMPINAS, pelo estímulo e por colaborações significativas para meu aprendizado e minha formação profissional.

À Elisa Medici Pizão Yoshida, pela disponibilidade e escuta amiga, pelo apoio no estágio de docência e pelas sugestões no exame de qualificação.

Ao Antonios Térzis, pela contribuição acolhedora no exame de qualificação.

À Gláucia, Eliana, ao Paulo, Jamiel e Luís, pelos momentos inesquecíveis de amizade e carinho.

A todos os meus companheiros do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-CAMPINAS, pela convivência acadêmica e pelas experiências compartilhadas.

À Isabel, pela parceria, amizade e por me ajudar a encontrar um lugar possível.

À Adriana, coordenadora do Centro de Saúde, por permitir que eu realizasse a pesquisa.

Às participantes da pesquisa, sem as quais não teria sido possível o desenvolvimento do estudo.

Aos funcionários do Centro de Saúde, pela compreensão e disponibilidade.

À Maria Lúcia Gnatos, pela revisão final desta dissertação.

À Ana Kátia, Andréa e Cristina, pela ajuda na formatação deste trabalho.

À PUC-CAMPINAS e aos funcionários, pela atenção, eficiência e dedicação amiga.

À CAPES, pela oportunidade e suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro”

O Encontro Marcado – Fernando Sabino

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Enurese: Etiologia e Tratamento	23
1.2 O Significado do “Molhar a Cama”	32
1.3 A Importância da Família, em especial da Mãe	39
1.4 Prevenção e Promoção da Saúde	46
1.5 Objetivo Geral	52
1.6 Objetivos Específicos	53
2 MÉTODO	54
2.1 Participantes	56
2.2 Instituição	57
2.3 Instrumentos	57
2.4 Procedimento	58
2.4.1 Coleta dos Dados	58
2.4.2 Análise dos Dados	59
3 RESULTADOS	62
3.1 Análise das Entrevistas	64
3.1.1 Entrevista 1	64
3.1.2 Entrevista 2	69
3.1.3 Entrevista 3	74
3.1.4 Entrevista 4	80
3.1.5 Entrevista 5	86
3.1.6 Entrevista 6	91
3.2 Síntese Geral	95
3.3 Compreensão Geral Psicológica/ Psicanalítica	102
4 DISCUSSÃO	106
5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES	121
6 REFERÊNCIAS	123
7 ANEXOS	136
ANEXO A	137
ANEXO B	138
ANEXO C	139
ANEXO D	140
ANEXO E	141

RESUMO

Oliveira, J. H. A. de. (2002). *Vivências Cotidianas de Mães de Crianças Enuréticas*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. 187p.

Este estudo visa investigar, conhecer e descrever as vivências cotidianas de mães de crianças enuréticas, considerando: os cuidados diários com os filhos, as vivências emocionais da mãe e da família, o tipo de ajuda procurada, as dificuldades encontradas na ajuda aos filhos e os aspectos sociais envolvidos. A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a entrevista clínica. A análise foi qualitativa, tendo como suporte o referencial psicanalítico. A pesquisa foi realizada com uma população de baixa renda em Campinas/SP. Os resultados mostram que a enurese confirma-se como um fator desconfortável, que gera estigmas sociais e familiares, prejudicando o desenvolvimento psicossocial da criança. Contudo, não é o principal alvo de preocupação das mães com os filhos, sendo o assunto central a apreensão quanto à sobrevivência básica da família. Dentre os conflitos percebidos nas mães, com relação à enurese, estão: a sensação de "mal estar" que a urina provoca, a experiência de enurese na infância, a dificuldade na relação com os filhos, problemas conjugais e familiares. Além desses aspectos, existe uma angústia quanto à figura de mãe, havendo uma fantasia de ser uma mãe boa ou má. Os mecanismos de defesa utilizados são: projeção dos aspectos considerados como hostis, negação e cisão, dissociação e polarização dos afetos. A dinâmica psíquica inconsciente percebida nas mães pode gerar uma conduta inconsistente em suas atitudes com os filhos, pois são punitivas e impacientes em algumas ocasiões, ou tolerantes e permissivas em outras, o que faz com que a criança, por sua vez, tenha dificuldades de internalizar a noção de limites. Este tipo de conduta pode interferir no desenvolvimento emocional da criança, reforçando assim a enurese. É necessário acolher e orientar essas mães, para que elas se organizem melhor e aprendam a reconhecer suas limitações e conflitos, a fim de ajudar os filhos a lidar com as suas dificuldades. A pesquisa mostra a necessidade de ações preventivas e de promoção da saúde, que sejam adaptadas a essa população.

Palavras-Chave: Enurese, Cuidados Maternos, Psicanálise Infantil, Prevenção.

ABSTRACT

Oliveira, J. H. A. de. (2002). *Daily Experiences of Mothers of Enuretic Children*. Master Degree's Dissertation presented at the Psychology Post Graduation Course, of the Center of Life Sciences, of Pontificia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. 187p.

This study aims to investigate, know and describe the daily experiences of mothers of enuretic children, considering: everyday care with their children, the emotional experiences of mothers and families, the type of help they search, the difficulties they find when trying to help their children and the social aspects involved. The technique used for collecting the data was clinical interviewing. It was a qualitative analysis, using the psychoanalytical referential as a support. The research was performed with a low-income population in Campinas/SP. The results confirmed the enuresis as an uncomfortable factor, which generates social and family stigmas and harm the psychosocial development of the child. However, it is not the main concern of mothers regarding their children, as the major issue was their apprehension about the basic survival of their families. Among the conflicts faced by mothers regarding enuresis are the feeling of unease caused by urine, the experience of enuresis in the childhood, the difficulties in the relationship with their children, as well as marital and family problems. In addition, there is a great anguish concerning the mother figure, a fantasy about being good or bad mothers. The defense mechanisms used are: projection of aspects regarded as hostile, denial and schism, disassociation and polarization of affection. The unconscious psychic dynamics detected in the mothers may cause an inconsistent behavior in their attitudes towards their children, since they are punishing and impatient at times, and tolerant and permissive at other times, making it hard for the child to internalize the concept of limits. This kind of behavior may interfere with the emotional development of the child, reinforcing the enuresis. It is necessary to shelter and counsel these mothers, so that they can better organize themselves and acknowledge their limitations and conflicts, in order to help their children handle their problems. The research shows the need for preventive measures as well as health promoting actions adapted to that population group.

Key words: Enuresis, Maternal Care, Child Psychoanalysis, Prevention.

“O que sabemos é uma gota.

O que ignoramos é um oceano”

Isaac Newton

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo da *Enurese* e o concomitante desejo de aprofundamento dessa questão, deu-se desde a graduação, com a pequena experiência enquanto psicóloga no atendimento a crianças enuréticas. Muitas reflexões e questionamentos foram feitos quando se percebeu que esse acontecimento causava angústia na criança e em seus familiares. Naquela ocasião, foi percebido que esse problema provocava desconforto e vergonha nas crianças e, muitas vezes, a família não sabia lidar com essa situação.

Parecia unânime o fato de a urina causar uma sensação tanto de mal-estar e incômodo nas crianças quanto de apreensão na família. Observou-se, também, que algumas mães apresentavam maior dificuldade de lidar com a enurese do que outras.

Nesse momento, percebeu-se que, além das dificuldades afetivas apresentadas pelas crianças, a presença da enurese também provocava outros efeitos psicológicos que deveriam ser investigados. Dentre os que foram percebidos, associados à enurese, estavam a rejeição familiar, a baixa auto-estima, os estigmas sociais, a punição, a reação de culpa e a raiva.

Outro aspecto que mereceu atenção foi que, em nenhum dos casos, constatou-se algum problema físico ou orgânico. Também foi observado que a enurese aparecia após um período de controle anterior da urina. Na maioria das crianças, foram evidenciados alguns fatores que poderiam estar associados ao aparecimento da enurese, tais como: a separação dos pais, o nascimento de irmãos, a mudança de cidade, a perda de um ente querido, entre outros.

Após tecer essa breve constatação através de experiências pessoais no atendimentos a crianças, cita-se a seguir o motivo da escolha do problema para a pesquisa, os objetivos, a relevância do tema e a importância do ponto de vista científico e social.

O que possibilitou maior interesse de investigação, e que norteia a pesquisa, foi a consideração da família nesses casos. Nota-se que a família também merece uma atenção, já que as mães sentem-se aflitas e, ao mesmo tempo, dispostas a ajudar seus filhos. O que fazer então com essas mães ? Como ajudá-las ? Tais questionamentos foram preocupações pertinentes, uma vez que atender só a criança não era o suficiente, pois a mesma voltava a um contexto familiar não amadurecido e incapaz de compreender as modificações que iam acontecendo no transcorrer dos atendimentos. Naquela ocasião, havia contato

com as mães apenas uma vez por mês. Nesses encontros, foi possível evidenciar algumas vivências diárias e dificuldades que essas mães tinham para lidar com a enurese dos filhos. Dessa forma, o que se tem observado é que a família tem um papel de suma importância na redução da enurese e de suas eventuais conseqüências, pois a criança precisa ser auxiliada pela família nas suas dificuldades afetivas e nos acontecimentos do contexto familiar.

O objetivo do estudo é investigar, conhecer e descrever as vivências cotidianas das mães de crianças enuréticas, sendo relevante, também, apontar os objetivos específicos que consistem na descrição e compreensão dos cuidados diários com os filhos, das vivências emocionais da mãe e da família, do tipo de ajuda procurada, das dificuldades encontradas na ajuda aos filhos e dos aspectos sociais envolvidos.

A relevância e a necessidade da pesquisa partiram do conhecimento prévio de que a enurese é um fato comum, um problema desconfortável, que gera angústia nos pais e estigmas na criança, podendo ser reforçada em virtude das relações familiares, principalmente com a mãe. Através do conhecimento e compreensão dos fatores almejados nos objetivos, deve-se pensar nas implicações reais que podem existir para essas mães e vislumbrar propostas de ações que visem à prevenção desse problema e à promoção da saúde na infância.

Do ponto de vista científico, esta pesquisa pode contribuir para o reconhecimento e acompanhamento desse fenômeno e de suas características, promovendo o desenvolvimento científico e o intercâmbio de experiências entre os pesquisadores que se interessarem pelo tema.

Do ponto de vista social, este estudo pode contribuir para a prevenção de enfermidades na infância e promoção da saúde, no sentido de fornecer informação e de favorecer a conscientização das mães que se encontram nessa vivência diária, auxiliando-as na relação com os filhos.

Mediante tais considerações, a pesquisa focaliza, na introdução, a etiologia e o tratamento da enurese; na seqüência, o significado do “molhar a cama” a partir de autores psicanalíticos; em seguida, a importância da família, em especial da mãe e, na continuação, a consideração da prevenção da enurese e da promoção da saúde. Finalizando, seguem-se os objetivos, que estão divididos em gerais e específicos.

O método é qualitativo e a análise é feita a partir do conteúdo das entrevistas, destacando temas que foram alvo de investigação e outros que foram considerados relevantes para o estudo, transportando-os para uma compreensão psicológica. No método, explicitam-se os participantes, a instituição onde se desenvolveu a pesquisa, os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados no percurso do estudo.

Em seguida, são apresentadas as análises das entrevistas, que constituem os resultados da pesquisa e, posteriormente, a discussão dos mesmos. Por fim, apresentam-se as conclusões e as sugestões, as referências e os anexos.

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, a atenção é dada para a enurese natural, ou seja, de origem não orgânica. A compreensão para a dificuldade de a criança não controlar a urina, baseia-se no desenvolvimento afetivo, associado à organização esfinteriana e na consideração do contexto das relações afetivas que a criança estabelece com o meio social ou familiar em que vive. A concepção de enurese utilizada na pesquisa é de acordo com a definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Problemas Mentais – DSM IV (1995), que será citada durante o trabalho.

A opção de investigar as vivências das mães deu-se pela experiência anterior no atendimento a crianças enuréticas, no qual foi percebida a necessidade de abrir um espaço em que as mães pudessem contar sobre a vivência diária com o filho enurético, sendo acolhidas nas suas angústias e dificuldades. Essa possibilidade pode contribuir para a reflexão sobre ações efetivas a fim de auxiliá-las a lidarem com os filhos, justificando-se tal fato por sua maior proximidade com o bebê e pela importância singular que elas desenvolvem, desde os primeiros cuidados, no acompanhamento e na dedicação diária às necessidades da criança. Por outro lado, o pai também exerce uma contribuição fundamental junto à mãe, pois é primordial que o filho sinta a presença de ambos e estabeleça uma interação entre eles.

Winnicott (1996) esclarece que a mãe constitui-se no primeiro ambiente especializado da criança, tanto em termos biológicos como psicológicos, assinalando a grande importância do comportamento e sentimento dela em relação ao filho e ressaltando a forte influência desse aspecto na saúde do indivíduo para o resto da vida. Segundo o autor:

(...) A mãe provê aquilo que denominei como ambiente facilitador, isto é, um ambiente no qual os processos de crescimento natural do bebê e as interações com o ambiente possam evoluir de acordo com o padrão herdado pelo indivíduo. A mãe está lançando os alicerces da saúde mental desse indivíduo. (Winnicott, 1968, apud Abram, 2000)

Soifer (1989) também cita a contribuição dos familiares e da mãe:

As possibilidades de desenvolvimento físico e psíquico da criança dependem exclusivamente das condições materiais e emocionais que lhe oferecem os seus familiares, em especial a mãe.

Um estudo brasileiro que trouxe contribuições significativas para as questões contempladas neste estudo foi realizado por Soveral e Graminha (1992). As autoras pesquisaram as práticas utilizadas por pais no treino ao toalete. O objetivo do estudo era comparar as práticas de treino realizadas por mães de crianças enuréticas e não enuréticas, que estavam freqüentando uma classe especial para deficientes mentais. Para tanto, foram organizados dois grupos, um composto de 16 mães de enuréticos e outro de 16 mães de não enuréticos; os dois grupos foram submetidos a uma entrevista segundo um roteiro com 72 questões, sendo emparelhados quanto ao sexo, idade do filho e nível sócioeconômico da família. Concluiu-se que o grupo de não enuréticos tem uma porcentagem maior de mães que apresentam ação consistente e maior participação dos pais no treino de toalete, apresentando uma ação semelhante à das mães. Observou-se, também, que as mães de não enuréticos elogiavam mais os filhos quando usavam adequadamente a privada, criticavam menos quando a criança urinava na roupa e ainda apresentavam maior atitude de orientação com relação ao comportamento desejado da criança, em comparação com as mães de enuréticos.

Segundo as autoras, esse trabalho foi útil para compreender a realização do treino do toalete realizado pelos pais e, principalmente, para vislumbrar uma orientação às mães, visando prevenir a enurese. Contudo, é necessário considerar que esta pesquisa sinalizou para a possibilidade de aspectos qualitativos relevantes, a respeito da forma particular de as mães realizarem o treino ao toalete do filho, mas que não puderam ser revelados pelos dados.

Um estudo americano sobre a presença maternal nos casos de enurese comprovou que as mães ainda são vistas como principal fonte de cuidados primários e possuem uma larga responsabilidade na conduta dessa situação. Ao atribuírem explicações para o fato de o filho urinar na cama, as mães dão mais ênfase ao impacto emocional sobre a criança e seus relacionamentos sociais (Butler, Brewin & Forsythe, 1986). O estudo considera que os pais, especialmente as mães, podem proporcionar uma educação de controle urinário maior, conscientizando os outros familiares no auxílio à criança e na conduta da mesma.

Num estudo brasileiro de Semer (1999), pode-se pensar no quanto o suporte dos familiares é importante para o desenvolvimento emocional da criança, uma vez que a autora evidenciou que a criança enurética possui rebaixamento da auto-estima, o que pode provocar uma diminuição da noção de identidade e de percepção da realidade. A pesquisa mostrou que as crianças enuréticas apresentaram um sentimento mais exacerbado de inferioridade e fracasso na internalização de um objeto bom e amado, o que resultaria numa dificuldade no estabelecimento da auto-estima. Foi constatado que elas têm maiores problemas do que a população geral para constituir um “self ” que possibilite uma maturidade afetiva, a fim de estabelecer a continência da urina.

Harsen & Winther (1980) realizaram um estudo na Dinamarca sobre as variáveis sociais e psicológicas relacionadas à enurese, tais como: condições de trabalho das mães, status social da família e o sexo da criança. Concluíram que os principais fatores no problema da enurese está associado à prática educativa da criança e à forma de socialização utilizada pela família. A esse respeito, o estudo brasileiro de Oliveira & Tápia (1989) acrescentou que a criança enurética, de fato, possui distúrbios da afetividade influenciados pelo seu mundo de relações familiares.

Essas pesquisas demonstram a importância de considerar a família, nos casos de crianças enuréticas, e a conduta dos pais no auxílio ao filho. Outro aspecto é o fator emocional que tem se firmado como um aspecto relevante quando se refere aos possíveis efeitos psicológicos provocados pela presença da enurese na criança.

O aspecto psicológico da enurese e a importância das relações afetivas que a criança estabelece no meio social e familiar fundamentaram o presente estudo.

A pesquisa foi realizada através da coleta de entrevistas, que foram analisadas qualitativamente, tendo por intuito a compreensão psicológica. O referencial psicanalítico foi usado como suporte a fim de compreender a fala da mãe a respeito da problemática do filho. Deve-se ressaltar que foram tecidos comentários conforme a compreensão e o conhecimento dos pressupostos da psicanálise, dando maior ênfase à apreciação dos aspectos psicodinâmicos.

O objetivo foi investigar e conhecer as vivências cotidianas de mães de crianças enuréticas. A finalidade da investigação está relacionada,

especificamente, à descrição e à compreensão dos cuidados diários com os filhos, das vivências emocionais da mãe e da família, do tipo de ajuda procurada, das dificuldades encontradas na ajuda aos filhos e dos aspectos sociais envolvidos.

O estudo é realizado com uma população de baixa renda, que se encontra num bairro da cidade de Campinas/SP. A pretensão de estudar esse tipo de população deu-se em função de experiência anterior em instituições públicas de saúde mental, nas quais se observou um trabalho com maior riqueza e complexidade de fenômenos para serem investigados e compreendidos. Justifica-se, ainda, pelo maior alcance e contribuição na promoção da saúde de uma camada da população menos privilegiada e que merece maior atenção.

Além disso, através de experiência de trabalho com saúde pública, acredita-se que a psicologia tem muito a acrescentar nesse campo vasto e carente de ações. No âmbito da saúde, a atuação psicológica visa à prevenção das enfermidades e à assistência à população, podendo proporcionar contribuições científicas, profissionais, educacionais, com a finalidade de promover a manutenção da saúde do indivíduo.

1.1 Enurese: Etiologia e Tratamento

Com relação às causas, investigações têm sido realizadas, ao longo do tempo, mostrando alterações nos aspectos orgânicos, funcionais, psíquicos ou psicossociais, embora não tenha sido encontrada uma causalidade única para o aparecimento da enurese.

A preocupação com a enurese dá-se pelo elevado índice na população infantil e por ser um dos problemas mais comuns na prática pediátrica (Goin, 1998; Vogel, Young & Primack, 1996). Não significa dizer que seja um fato grave, ou que esteja presente em todas as sociedades, mas que pode se tornar um fator de incômodo e obstáculo na vida social da criança, caso a família não saiba lidar com esse acontecimento e, tampouco, auxiliar o filho nessa situação.

Quanto à historicidade, o problema da enurese pode ser encontrado em documentos (*Papyrus Ebers*) desde 1500 A.C. Nessa época, o “*molhar a cama*” era visto como um problema social e os tratamentos realizados incluíam

rituais, com o uso de tônicos e plantas, que ainda podem ser verificados no dias atuais (Glicklich,1951; Bresolin, 2000). Percebe-se que é uma questão antiga, mas que ainda persiste pelo desconforto que gera na criança e nos seus familiares

Em outras culturas, a enurese não é um fato habitual. Kaffman (1972), no seu estudo com crianças dos Kibbutz de Israel, esclarece que a enurese não é percebida nessa comunidade devido, possivelmente, à educação dessas crianças e aos fatores do próprio meio social e cultural em que vivem.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - CID 10 (1994), a enurese se encontra entre os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 – F99):

F 98 - Outros Transtornos Comportamentais e Emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência”

F 98.0 - Enurese de origem não-orgânica

Transtorno caracterizado por micção involuntária (diurna e/ou noturna) anormal levando-se em conta a idade mental da criança, e que não está ligada ao transtorno do controle vesical de origem neurológica, crises epiléticas ou anomalia orgânica do aparelho urinário. A enurese pode existir, de modo contínuo, depois do nascimento, ou pode ser precedida de um período de controle vesical. Pode acompanhar-se de um transtorno mais generalizado das emoções ou do comportamento.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Problemas Mentais – DSM IV (1995), a enurese é um transtorno de eliminação, contido no tópico: *“transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ”*. Segundo esse manual, há quatro critérios para o diagnóstico:

1 – A característica essencial é a micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa. Ocorre de modo involuntário, mas também pode ser intencional;

2 – A micção deve ocorrer, no mínimo, duas vezes por semana, por pelo menos três meses ou então causar um sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas da vida do indivíduo;

3 – O indivíduo deve ter alcançado uma idade na qual a continência é esperada (cinco anos de idade cronológica ou, com atrasos no desenvolvimento, idade mental seria cinco anos);

4 – A incontinência não se deve aos efeitos fisiológicos de substância ou de uma condição médica geral;

É importante que se diferencie a enurese da incontinência urinária, que consiste na existência de uma lesão orgânica precisa, mecânica, nervosa ou inflamatória, sendo, portanto, caracterizada pela emissão de urina involuntária, mas consciente, sendo que as tentativas do indivíduo para reter a urina são ineficazes e as micções são anormais (Ajuriaguerra, 1980).

A definição da enurese, segundo Semer (1999), consiste na falta de controle na emissão involuntária de urina, diurna ou noturna, e que permanece após a maturidade fisiológica, geralmente aos cinco anos, na ausência de qualquer anomalia física ou orgânica.

A enurese pode ser considerada como primária quando nunca se adquiriu o controle esfinteriano ou há um atraso no controle da micção, e secundária, quando aparece após um período de controle urinário (Semer, 1999; Ferrari, 1992; Grünspun, 1980).

No que diz respeito à periodicidade, a enurese pode ser dividida em: 1- *Noturna*: ocorre durante o sono noturno, às vezes, no estágio do sono REM; 2 - *Diurna*: ocorre durante o período de vigília e 3 - *Noturna e Diurna*: uma combinação dos dois tipos (DSM IV, 1995).

Ferrari (1992), ao realizar um estudo sobre enurese noturna, destaca a diferença entre a enurese noturna primária ou funcional, da enurese noturna secundária. A primeira depende de um retardo na maturação do controle esfinteriano e a segunda, aparece após um intervalo mais ou menos longo de controle da micção, sendo que esta última é, geralmente, uma expressão de problemas emocionais da criança.

Em relação ao ritmo enurético M & N Soulé (apud Ajuriaguerra, 1980) distinguem: *Enurese cotidiana*; *Enurese irregular* (própria do enurético que já passou dos 8 anos); *Enurese intermitente* (que ocorre transitoriamente e que comporta longos períodos secos) e *Enurese episódica* (episódio curto, raro, às vezes apenas dois ou três).

O índice de freqüência da enurese é mais acentuado na infância (superior a 5% em crianças de cinco anos), mas pode persistir na adolescência e, até mesmo, na fase adulta (Matarazzo, 1993).

Na prática pediátrica, a ocorrência da enurese é de 15 a 20% em crianças com 5 anos de idade e de 1 a 2 % nos adolescentes (Bresolin, 2000).

Quanto ao sexo, a maior parte dos estudos aponta um índice maior de enuréticos do sexo masculino, em comparação com os do sexo feminino, embora ainda não haja dados do motivo dessa prevalência (Semer, 1999; Wazark, 1993; Lusing, Hadders, Towwen & Huisjes, 1991).

Quanto ao tempo de origem, aproximadamente 82% de todos os casos de enurese são primários, porém entre os 5 e 8 anos pode surgir a enurese secundária (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Em se tratando de periodicidade, a enurese noturna é mais freqüente. Quando a periodicidade e o tempo de origem são comparados, a mais freqüente é a enurese noturna primária (Matarazzo, 1993).

Um estudo realizado nos Estados Unidos sugere que a enurese noturna é um dos problemas mais comuns encontrados na clínica pediátrica e que, aproximadamente, cinco milhões de crianças sofrem dessas dificuldades (Wazark, 1993).

Quanto ao padrão familiar, estudos apontam a existência de parentes de primeiro grau (pais, tios, primos, irmãos), que apresentam enurese (Stockler, 2002; Semer, 1999; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Ferrari, 1994; Matarazzo, 1993).

Por outro lado, os índices de prevalência da enurese ainda são discutidos e variam substancialmente na população (Semer, 1999; Harari, 1999).

Para os pesquisadores dessa área no campo da psicologia, a enurese secundária é um dado importante, pois é nessa situação que há maior freqüência de procura por atendimento. O motivo talvez seja a presença da enurese sem que a criança apresente qualquer tipo de lesão orgânica ou funcional, pelo fato de já ter adquirido certo controle numa idade anterior a cinco anos e permanecer com os episódios enuréticos. É nessa circunstância que os pais ficam angustiados por não saberem a razão do reaparecimento da enurese e as suas expectativas quanto à conduta do profissional para ajudar a criança e conduzir um prognóstico podem ser diferentes, dependendo da estrutura emocional dos mesmos.

Anteriormente, dava-se maior ênfase aos aspectos psicológicos como causa da enurese. Contudo, com o avanço de pesquisas genéticas e o advento de novos medicamentos, os fatores psicogênicos passaram a ser considerados também como conseqüências emocionais, que podem ocorrer em função da angústia e do incômodo que a enurese acarreta, podendo resultar em sentimentos de baixa auto-estima, vergonha, inferioridade, raiva que, por esse motivo, merecem atenção pela possibilidade de agravar ou desencadear o contexto enurético (Semer, 1999).

A enurese pode ser explicada de diversas formas, levando em consideração os fatores orgânicos, sociais e psicológicos. Contudo, ainda reserva dúvidas aos pesquisadores e médicos a respeito das causas e dos tratamentos.

De acordo com a literatura e estudos sobre esse tema, apontar-se-ão os achados mais significativos com relação às possíveis causas da enurese e, posteriormente, aos tratamentos realizados.

A enurese é considerada como causa multifatorial (Harari, 1999). As mais freqüentes são as relacionadas a :

- *Atraso na maturação funcional do sistema nervoso central.* Significa uma redução na habilidade de inibir as contrações vesicais à noite. Nesse caso, por exemplo, percebe-se uma contínua disputa dos pais em busca do controle nessa área (Stockler, 2002; Bresolin, 2000; Fanta, 1999; Ferrari, 1994). Resulta, provavelmente, de um treino de controle prematuro antes que a criança tenha maturidade para aprender (Goin, 1998).

- *Fator Biológico.* Alguns pesquisadores apontam uma diminuição no nível do hormônio antidiurético (ADH) que ajuda a concentrar a urina durante as horas de sono, reduzindo a emissão da urina (Rodrigues, 2000; Goin, 1998; Bresolin, 2000).

- *Incidência de doença urinária anatômica.* Corresponde a cerca de 5% dos casos de enurese e deve ser afastada, através de uns poucos exames, pelo médico (Bresolin, 2000).

- *Fator Hereditário.* Aproximadamente cerca de 75% das crianças enuréticas têm um parente de primeiro grau que já teve enurese (DSM IV, 1995). Lusing, Hadders, Towwen & Huisjes (1991) apontam que 80% dos sujeitos enuréticos tiveram uma história familiar de enurese. Bresolin (2000) afirma que 85% dos enuréticos têm, pelo menos, um parente de primeiro grau com enurese.

- *Fator Genético.* Estudando os antecedentes familiares, encontrou-se uma chance de cinco a sete vezes maior da ocorrência de enurese, se a mãe ou o pai apresentava este antecedente. Tomando-se como base um estudo da *diabetes insipidus* neurogênico familiar, que é o resultado da produção deficiente de neurofisina-vasopressina II, pôde-se mapear o cromossomo do gene responsável pela enurese. Enquanto no *diabetes insipidus* foi mapeado no cromossomo 20, o gene relacionado à enurese primária localiza-se no braço q do cromossomo 13, com penetrância de ordem de 90%. Isso significa que estudos recentes apontam bases genéticas para a ocorrência da enurese primária (Rodrigues, 2000). Nessa mesma concepção, autores como Bresolin (2000) e Hjalmts (1998) acrescentam que foram identificados locus de susceptibilidade nos cromossomos 12q e 13q.

- *Sono Enurético.* A explicação refere-se à enurese noturna já que os pais relatam que os filhos enuréticos evidenciariam um sono mais agitado e teriam dificuldade de acordar e levantar para ir ao banheiro. Mikkelson, Rapport et al. (1980) demonstraram que a enurese ocorria durante todos os estágio do sono e que o “molhar a cama” não estava associado a um estágio mais profundo do sono.

- *Fator Psicológico.* A ocorrência de distúrbios emocionais e/ou ansiedade, estresse, em períodos críticos do desenvolvimento (2-4 anos), pode afetar a aquisição do controle miccional. Quando um problema emocional é identificado em crianças enuréticas, este se encontra geralmente associado a fatores tais como: situação de separação dos pais, nascimento de um irmão, ingresso na escola, mudança de casa, morte de um familiar e hospitalização (Stockler, 2002; Rodrigues, 2000; Semer, 1999; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Murahovschi, 1995; Matarazzo, 1993; Novello & Novello, 1987).

- *Fator Social.* Os pais devem estar atentos a acontecimentos que podem estar relacionados à enurese nos filhos como, por exemplo: estigmas sociais e discriminação na escola, impedimento para realizar certas atividades como dormir na casa de amigos, parentes, auto-estima baixa, entre outros (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Murahovschi, 1995; Chess & Hassibi, 1982; Stubbe, 1985).

Quanto ao tratamento, discrepâncias existem em relação à eficácia dos vários métodos.

Primeiramente, a família deve procurar um profissional que conduza um diagnóstico para averiguar possíveis problemas físicos ou orgânicos. De acordo com os médicos, é importante que a criança seja submetida a uma investigação mínima para afastar doença do trato geniturinário. Para isso, um histórico médico da criança e da família, um exame físico completo, exames de urina e sangue, raio x da coluna e ultra-sonografia dos rins e vias urinárias são requeridos (Bresolin, 2000).

Conforme Kaplan, Sadock & Grebb (1997), os aspectos orgânicos incluem: *patologia geniturinária* - estrutural, neurológica e infecciosa - tal como *uropatia obstrutiva, espinha bífida oculta e cistite*; outros transtornos orgânicos que podem causar *poliúria e enurese*, como *diabete melito e diabete insípido*; perturbações da consciência e do sono, como convulsões, intoxicação e transtorno de sonambulismo, durante os quais o paciente urina; e efeitos colaterais do tratamento com antipsicóticos – por exemplo, tioridazina.

Geralmente, quando é identificada alguma dessas anormalidades, o tratamento médico é baseado em medicamentos, como: imipramina, oxibutinina e DDAVP (Duarte, 1994; Oliveira, 1994; Ferrari, 1992). Porém, os mesmos só podem ser receitados e administrados pelo médico, já que podem causar efeitos colaterais. Em alguns casos, o tratamento medicamentoso já possibilita efeitos psicológicos positivos na criança, pois elimina os sintomas da enurese.

Uma vez que esses aspectos não foram identificados, e a criança é saudável clinicamente, a enurese não surge, portanto, devido a uma condição orgânica. A partir desse momento, é importante procurar um profissional que conduza uma investigação que leve em conta os aspectos psicológicos da criança, com o intuito de verificar se existem problemas emocionais (situações de ansiedade, medo, insegurança e ciúme) antecedendo o aparecimento da enurese em criança já treinada, ou problemas afetivos secundários à própria enurese. Da mesma forma, esse profissional conduzirá um tratamento para cada caso específico.

O tratamento psicológico inclui psicoterapia para a criança nas diferentes abordagens: comportamental, psicanalítica, psicodinâmica e humanista e, dependendo do caso, a orientação para os pais se faz necessária (Kaplan,

Sadock & Grebb, 1997; Novello & Novello, 1987, Grünspun, 1980). A dinâmica familiar também está presente no estudo de Bellver (1999).

Existem várias técnicas utilizadas na terapia comportamental, tais como: sistema de alarme, baseado no condicionamento, reforço positivo, treinamento vesical objetivando aumentar a capacidade funcional da bexiga, entre outras (Oliveira, 1999). O tratamento vai depender da formação e conduta do profissional.

Mesmo diante dessas considerações apontadas, a enurese é um assunto ainda complexo e alvo de investigações, principalmente no que diz respeito à etiologia e ao tratamento. Goin (1998) aponta que 88% dos médicos, quando confrontados com pacientes enuréticos, na inexistência de problemas orgânicos, não prescrevem tratamento, apenas aconselham e tranqüilizam os pais de que o problema do filho tenderá, eventualmente, a desaparecer com a idade. Isso implicaria a cura espontânea. Mas, esse mesmo autor afirma que esse índice é apenas de 15% ao ano, o que faz com que a família perca a oportunidade de viabilizar opções de tratamento, esperando por uma cura com o tempo.

Nesses casos específicos, o médico, não diagnosticando fatores orgânicos e verificando que a criança está bem, não se preocupa em esclarecer os pais quanto ao problema da criança. Do ponto de vista da pesquisa, o ideal seria que esse profissional estivesse atento e orientasse a família na procura de um outro profissional, tão logo perceba a permanência da enurese nos seus pacientes.

Certamente, o tratamento não deve ser considerado único e ideal para todos os casos. Diante do que já foi comentado, mostrar-se-ão os métodos de tratamento mais conhecidos:

- *Farmacoterapia*: uso da Imipramina, isto é, Tofranil, DDAVP - Desmopressina, e Oxibutinina (Bengtsson & Wassen, 2000; Tahmaz, Kibar, Yildirim, Ceylan & Dayanc, 2000; Bresolin, 2000).

- *Modificação Comportamental*: utilização de alarme e reforço positivo, treinamento da capacidade vesical e treinamento de toalete. (Fletcher, 2000; Oliveira, 1999; Goin, 1998).

- *Hipnose* (Chipkevich, 1992).

- *Acupuntura* (Hu, 2000).

- *Psicoterapia* (Bresolin, 2000; Grünspun, 1980).

A psicoterapia pode ser útil para lidar com dificuldades emocionais e familiares. No âmbito de ajuda psicológica, pode ser feita uma ludoterapia analítica com as crianças e aos pais pode ser oferecido um aconselhamento concomitante ou psicanálise individual (Bierman, 1976; Dührssen, 1971). Observa-se, também, o uso de psicoterapias de abordagem psicodinâmica e psicopedagógica (Hild, 1954).

No tratamento psicoterápico, a atenção deve ser dada à organização esfinteriana da criança e ao treinamento de controle da urina juntamente com os pais. Esse treinamento deve ser feito com cuidado para não ocorrer um treino precoce de controle da urina se a criança ainda não tem maturidade física e afetiva suficientes para apreender algumas funções mentais nessa fase de desenvolvimento, que começa por volta dos dois anos de idade. Também deve ser observada a atitude dos pais que, talvez inconscientemente, impeçam que a criança controle sua urina sozinha. Ambos podem, igualmente, culminar num comportamento enurético (Ferrari, 1992).

Observa-se, na literatura, que todas as formas de tratamento têm mostrado sucesso, com algumas exceções. Dentre os métodos mais investigados e utilizados está o da modificação comportamental, seguido das diversas formas de psicoterapia e, por último, o uso de medicamentos. A combinação de tratamentos tem-se mostrado mais eficiente do que um único tratamento.

O interessante é que, em alguns casos, a enurese pode ser facilmente resolvida e, em outros, não. Esse fato pode demonstrar que ainda há divergências em relação à eficácia dos vários métodos e necessidade de estudos que preconizem outras formas de intervenção e possibilitem uma investigação mais detalhada de como se abordar a prevenção nesses casos.

Observa-se a grande importância da participação de pediatras no encaminhamento de casos de crianças, muitas vezes, com problemas emocionais. Constata-se que as mães, primeiramente, levam seus filhos para o pediatra. Algumas vezes, esses profissionais não consideram a hipótese de problemas afetivos e não encaminham as crianças para um tratamento psicológico.

Por outro lado, tem sido observada a preocupação de alguns pediatras com a saúde na infância, buscando se aperfeiçoar, cada vez mais, na compreensão do desenvolvimento infantil. A interlocução entre pediatras e

psicólogos faz-se necessária quando queremos compreender as diversas questões que norteiam a saúde global da criança, contribuindo para a solução dos problemas na infância.

1.2 O Significado do “Molhar a Cama”

Para considerar o ponto de vista que relaciona o fator psicológico à enurese, há de se observar e acompanhar o desenvolvimento infantil na etapa inicial de organização esfinteriana, que se inicia por volta dos dois anos, na fase Pré-genital anal. A explicação de alguns aspectos presentes nessa fase, de acordo com autores da psicanálise, contribuirão para o entendimento psicológico da enurese.

Partindo desse princípio, é importante considerar que o desenvolvimento do indivíduo é gradativo e se faz através das fases Pré-genital, Latência e Genital, que se cruzam, mutuamente, num funcionamento dinâmico. A importância de considerar esses períodos relaciona-se às conseqüências que uma dessas fases pode acarretar na vida psíquica individual, inclusive quando ocorrer fixação em algum momento do desenvolvimento, segundo concepção da psicanálise.

Pensando na psicanálise infantil, desde o nascimento, a criança é regida pelo princípio do prazer e, através dele, busca realizar tudo o que lhe proporciona satisfação imediata e procura fugir daquilo que possa lhe causar frustração. Ao brincar, ela manifesta seu mundo interno, embora não tenha consciência do que se passa intrinsecamente e, por esse motivo, a comunicação de seus conflitos e angústias se dá por uma manifestação corporal.

No entanto, num determinado momento, a criança começa a perceber que ela não pode continuar sentindo apenas satisfação no meio cultural em que vive. É chegada a hora de renunciar às satisfações imediatas, aprender a postergar a realização de seus desejos, para obter aprovação e aceitação do grupo social do qual faz parte. Nessa ocasião, ela já inicia a percepção da presença do outro e dá início à socialização e ao desenvolvimento de determinadas funções discriminatórias mentais.

O amadurecimento dessas funções, isto é, a possibilidade de se perceber como um ser autônomo e de poder suportar as emoções, é decorrente

também das relações de objeto e da internalização de um objeto bom, além do desenvolvimento físico. Isso poderá ser alcançado mediante a constituição da criança e das relações estabelecidas com a família.

Diante dessas breves considerações, é importante compreender a etapa anal, que é primordial neste estudo, e integrá-la ao quadro evolutivo do desenvolvimento infantil. Nessa fase, algumas características são percebidas: a criança tem prazer nas funções eliminatórias, brinca com as fezes e urina, e inicia a organização esfinteriana.

A criança concentra seu interesse nos esfíncteres e sua eliminação é sentida com alívio e satisfação. Ela tem a sensação de que pode fazer funcionar os esfíncteres ao seu modo. Acrescenta-se a isso o momento de brincadeira com as fezes, de cheirar a urina, considerando ambos fruto de sua obra e que, possivelmente, podem ser ofertadas ao ambiente.

Por volta dos dois anos, a criança começa a ser despertada pela mãe para o treino higiênico e para a responsabilidade do controle de suas funções esfinterianas.

A criança passa, então, de um momento anterior de liberdade e prazer para outro em que necessita desenvolver atitudes socialmente aceitas e adequadas ao grupo social. A satisfação com a urina ou com as fezes agora é trocada pelo controle e treinamento, a fim de se adequar e ter aprovação do meio social, familiar e, em especial, da mãe.

Nessa transição, o esperado é que a criança inicie um aprendizado tranqüilo e desenvolva o senso de responsabilidade com o próprio corpo, gradativamente. Mas pode acontecer, dependendo das atitudes dos pais, principalmente da mãe, que a criança venha a apresentar uma falta de controle ou um controle excessivo. A pessoa, em geral a mãe, que ensinará a criança, tem suma importância, pois tem de fomentar as características de limpeza, controle e responsabilidade.

Soifer (1989) afirma que a aprendizagem do controle esfinteriano é uma aquisição gradual, acompanhada da organização de funções mentais específicas. Ela ressalta que esse momento marca a internalização da noção de limites.

As reações da criança, nesse aprendizado, podem ser expressas de acordo com a postura dos pais, especificamente da mãe. Ela pode responder com

desobediência, recusa, quando a mãe é impositiva e autoritária, e/ou aceitar as ordens da mãe quando ela é tolerante e permissiva.

Partindo dessa breve explicação do funcionamento inicial da criança e de como se dá a organização esfinteriana, podem-se destacar três pontos primordiais na compreensão da enurese: o primeiro remete ao significado do “molhar a cama”, às vivências e fantasias da criança; o segundo, ao aprendizado de controle dos esfíncteres e às atitudes dos pais nesse ensino, e o terceiro, à consideração do aspecto psicossomático da enurese.

Soifer (1989) afirma que a enurese pode aparecer quando a ansiedade da criança durante a aprendizagem de controle dos esfíncteres não é elaborada ou quando há falhas dos pais na respectiva aprendizagem.

Ajuriaguerra (1976) considera a enurese como um distúrbio do controle esfinteriano. Também faz menção ao fato de se compreender a evolução da função esfinteriana no quadro geral da personalidade.

Abraham (1970) acredita que a enurese é uma forma de descarregar os impulsos que, na fantasia da criança, têm uma representação hostil, utilizando a bexiga como recurso para tal manifestação.

Klein (1997) sugere que o “molhar a cama” pode estar relacionado a fantasias de destruir, machucar e atacar. Dessa forma a enurese, no sentido mais arcaico, pode ser um ato positivo de doação ou um ataque sádico. A autora descreve que isso ocorre na fantasia da criança contra a mãe, isto é, ela elimina os excrementos e os projeta na mãe. Também tem um sentido de queimar a mãe com sua própria urina.

Dolto (1972) assinala que a enurese se dá devido a uma fixação ou a um retorno à fase sádico-uretral (fase anal), acompanhada da regressão afetiva em um ou mais pontos, ressaltando que pode ainda traduzir uma regressão a uma fase mais primitiva. Segundo essa autora, a persistência ou o retorno da enurese pode significar um sintoma.

Winnicott (1936/1997b) tem alguns capítulos essencialmente dedicados ao assunto da enurese. Para ele, o “molhar a cama” pode ser normal, e no outro extremo, “molhar a cama” é parte de uma dificuldade mais ou menos severa no desenvolvimento emocional da criança. Esse mesmo autor afirma que nenhuma explicação para a enurese pode ser considerada se não se levar em conta o material de fantasia inconsciente do paciente (Winnicott, 1930/1997a).

Winnicott dá uma ampla contribuição para o entendimento da criança, toda ela voltada à psicanálise infantil. Ele considera que as relações afetivas com os pais e, especificamente, com a mãe, têm um papel de suma importância no processo de construção da saúde global da criança.

Parte-se para o segundo ponto, que remete às fantasias e às vivências que a criança experimenta nessa ocasião.

As fantasias inconscientes da criança são caracterizadas por vários fatores como: sensação de amor e ódio, raiva, frustração, destruição, ataque, entre outros. Dependendo do caso, a criança pode atribuir significados diferentes à urina. Ela pode percebê-la positivamente ou como algo terrível e ameaçador.

Winnicott (1936/1997b) esclarece que a fantasia inconsciente que acompanha a enurese é, principalmente, uma fantasia erótica ou fantasia de ódio. Ele ressalta que as emoções no “molhar a cama” são: amor, ódio, reparação e também impulso de se livrar daquilo que é sentido como mau.

Para tanto, é necessário dizer qual atitude os pais devem ter no ensino de controle dos esfíncteres. Acredita-se que a melhor explicação é encontrada em Soifer (1989), Winnicott (1930/1997a, 1936/1997b), Ajuriaguerra (1977), Aberastury (1987).

A postura dos pais deve ser vista de acordo com o contexto da família, cabendo aqui explicitar o sentido mais adequado ou esperado nesse momento de organização esfíncteriana, que é uma etapa muito importante da psicogênese.

Segundo Soifer (1989), as reações observadas na família caracterizam-se de duas formas: a primeira diz respeito ao controle precoce, e a segunda, à extrema severidade e obsessão no ensino.

Essa autora acrescenta que os pais podem ter um comportamento de permissividade, ou seja, deixar a criança satisfazer as necessidades em qualquer lugar ou até mesmo usar fraldas além do conveniente, o que pode ser um exemplo característico dessa postura. Outro aspecto seria a demasiada tolerância dos pais na fixação de limites, o que pode favorecer a não retenção da urina.

Winnicott (1936/1997b) também comenta as posturas dos pais frente ao treino da criança. Segundo o autor, a mãe não deve treinar a criança cedo para exigir “hábitos”. Para ele, a criança só é capaz de suportar isso quando tiver uma firme instituição de mãe boa, baseada na satisfação primitiva. O que ele quer dizer é que a criança deve primeiro estabelecer uma identificação com a mãe,

baseada no amor, para que suporte a frustração que é experienciada nessa ocasião. O mesmo esclarece para as mães que o importante é que elas dêem aos filhos a oportunidade de serem asseados, limpos.

Aberastury (1977) ressalta que o controle precoce pode ter uma implicação que, na fantasia da criança, seria a sensação de estar constituída internamente de objetos perigosos e aterrorizantes. Por isso existe a importância do treino de controle no momento adequado para que a criança não sinta a urina e as fezes como algo perigoso.

Percebe-se que o treino precoce pode ser extremamente inoportuno para a criança quando ela não é capaz de apreender, psiquicamente, as funções específicas de controle, de responsabilidade e de noção de limites, principalmente se ela não tiver ainda a figura da mãe como objeto bom, que pode assegurar um suporte afetivo para ela nessa etapa de vida. Dessa forma, ela pode atribuir significados negativos de que a urina é algo mau, ameaçador e que, portanto, necessita colocar para fora. Nesse caso, a criança pode expressar agressividade, recusa, desobediência, raiva, birra, teimosia, entre outras.

Do ponto de vista da pesquisa, não se pode afirmar que a mãe tenha que desenvolver uma atitude certa ou errada frente ao filho; seria conveniente dizer que ela, algumas vezes, pode não estar em condições de orientar seu filho a suportar as emoções normais que essa ocasião exige, talvez pelos seus próprios conflitos ou experiências anteriores. O essencial é que os pais sejam orientados quando tiverem dificuldades de lidar com essa situação, que porventura possa ocorrer com o filho.

Manifestações comportamentais de agressividade e recusa na criança para controlar a eliminação da urina e permanecer apresentando a enurese, podem refletir um relacionamento conflituoso entre pais e filhos. Ao mesmo tempo, o contrário também deve ser enfatizado, no sentido de que existem mães que treinam seus filhos de uma forma tranqüila e orientam-nos a suportar suas angústias e frustrações.

Tudo vai depender das vivências e relações com a família e os pais. Às mães só se pode falar, que nesse momento, é necessário que elas deixem seus filhos exercitarem as descobertas pertinentes a essa etapa, tendo elas o dever de orientá-los para o senso de responsabilidade e de imposição de limites, para a própria segurança dos filhos.

Por fim, a pesquisa irá brevemente ilustrar a questão psicossomática da enurese, que está relacionada à consideração do sintoma.

Encontra-se ressonância com a posição da pesquisa em autores como Freud (1916 - 1917/1976d, 1925/1976c), Winnicott (1936/1997b), Ajuriaguerra (1977), Soifer (1992), pois dão importância ao sintoma e acreditam que o mesmo pode ter um significado que deve ser investigado no momento em que se manifesta na história pessoal do indivíduo.

Reportando à teoria psicanalítica, a partir dos *“Estudos sobre a Histeria”* (1893 - 1895/1976b) e na obra *“Os Caminhos da Formação dos Sintomas”* (1916 - 1917/1976d), Freud passou a compreender a formação do sintoma apontando o aspecto do conflito psíquico.

Segundo o autor, a formação do sintoma ocorre quando os conflitos psíquicos não acham um caminho adequado para serem solucionados pelo indivíduo e tomam as vias da manifestação de um sintoma. A expressão sintomática está relacionada às experiências que vão se atualizando ao longo da vida e que fazem parte da singularidade do sujeito.

Em se tratando de crianças enuréticas, o sintoma pode ser considerado no momento em que ela, ao não adquirir o controle da urina, descarrega, por vias físicas, a incapacidade de realizar tal feito (Semer, 1999).

A esse respeito, Winnicott (1936/1997b) entende que urinar na cama é um recurso que a criança utiliza, na forma de sintoma, para se defender contra a angústia e o conflito intoleráveis. O mesmo acredita que o sintoma enurético não é uma doença; pelo contrário, é um sinal de que a criança ainda espera conservar a individualidade que, de algum modo, foi ameaçada.

Mannoni (1980) fala que o sintoma torna-se uma linguagem cifrada, que a criança conserva em segredo. A autora julga que, na origem do sintoma, de aparência orgânica, é possível aparecer o acontecimento psicológico perturbador.

Breger (1963) associa a enurese ao comportamento passivo-agressivo e à incapacidade da criança de resolver ou conter altos níveis de ansiedade. Do outro ponto de vista, ela pode refletir a hostilidade em relação aos pais, sendo o sintoma de eliminação uma metáfora para essa raiva, ou um apelo por carinho e proteção.

Semer (1999) pensa na enurese como a falha na continência, no sentido de deixar escapar as emoções sem controle, ou seja, sem poder

processá-las ou pensar nelas. São as dificuldades de simbolização que abrem caminho para as manifestações corporais de conflitos psíquicos. Essa autora explica que o desenvolvimento psicológico da criança depende das relações de objeto e da internalização de um objeto bom, que depende da própria criança e das relações estabelecidas com a família. Quando essas relações não são possíveis ou não se processam, favorecem o caminho para as manifestações somáticas e a regressão.

Outros autores da psicanálise como Dolto (1972), também têm considerado o sintoma enurético como expressão do desejo inconsciente da criança de retornar a um estágio de desenvolvimento mais primitivo, quando o prazer é derivado de funções corporais diretas.

A formação do sintoma é uma questão ampla para discussão; contudo, o intuito deste trabalho é apresentar a importância de se considerar o aspecto psicossomático nos casos de enurese. Esse ponto de vista também é apreciado nesta pesquisa, assim como a importância de se esperar o desenvolvimento normal da criança para que seja pedido um controle dos esfíncteres. Entende-se que exercer um treino precoce configura-se inoportuno, se a criança não tiver alcançado a maturidade emocional para distinguir o que seja esse pedido de “limpeza” (retenção), por parte dos pais.

Compreende-se que as apreensões das mães no treino do controle esfinteriano são comuns, mas a enurese não deve ser vista e integrada como um acontecimento único. Acredita-se que os pais devem estar atentos ao estabelecimento das relações afetivas com os filhos e com a família para que, dessa maneira, possam contribuir para a construção da saúde na infância, que se refletirá na vida adulta.

1.3 A Importância da Família, em especial da Mãe

Falar sobre família requer um estudo mais detalhado, mas este trabalho pretende trazer reflexões sobre a importância dessa instituição para o desenvolvimento emocional da criança. O intuito é fornecer subsídios para se pensar nos casos de enurese.

Apesar da constatação de algumas modificações contemporâneas, com a introdução de novas formas de organização familiar, o que se pode afirmar é que a vida familiar continua tendo um grande valor social.

Segundo Engels (1979), o termo família é derivado de *famulus* (escravo doméstico). Originalmente, foi uma expressão designada pelos romanos para definir um novo organismo que surgia entre as tribos latinas, ao serem introduzidas à escravidão legal e à agricultura (Bilac, 2000). No direito romano, a família tinha um contorno nitidamente patriarcal, sendo considerada tudo aquilo que estivesse debaixo do poder paterno: mulher, filhos, escravos e até bens, como terra, instrumentos e animais de trabalho (Genofre, 2000).

Segundo Ariès (1978), o conceito de Família até o século XV era:

Uma realidade moral e social, mais do que sentimental (...). A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem.

Com o surgimento da escola, da privacidade, da preocupação de igualdade entre os filhos, da manutenção das crianças junto aos pais e do sentimento de família valorizado pelas instituições (principalmente a Igreja), no início no século XVIII, começa a delinear-se a família nuclear burguesa. Hoje, quando se caracteriza a família, quer-se referir a essa tradicional, constituída por pai, mãe e filhos, que formam um núcleo familiar homogêneo e unilateral (Szymanski, 2000).

Pesquisadores, baseados em estudos da família contemporânea, apontam uma problematização sobre o entendimento da família nuclear nos dias de hoje, uma vez que novas formas de se “viver em família” têm sido observadas. Estas remetem tanto à composição, quanto às formas de sociabilidade. As modificações percebidas e questionadas, nos dias atuais, devem-se à inserção da mulher no trabalho, ao esfacelamento da autoridade patriarcal, às modificações dos papéis familiares e à dimensão da individualidade (Carvalho et al., 2000).

Esses autores apontam a reflexão da família, desprovida de preceitos e não usando como parâmetro único o modelo convencional, normativo, de família tradicional principalmente, para que se compreendam as populações carentes. Contudo, esclarecem que, apesar das mudanças ocorridas na família, o modelo

nuclear predomina e é o ideal de ordenação da vida de grande parte da população (Romanelli, 2000).

Não se pretende iniciar um comentário vasto sobre as modificações ocorridas com a família na atual conjuntura. A finalidade do estudo é pensar sobre a importância da família no desenvolvimento e na construção da saúde na infância.

Conforme Ackerman (1986), a família tem um papel fundamental no estabelecimento da saúde individual.

As relações da personalidade do indivíduo e os processos dinâmicos da vida em família constituem uma ligação fundamental na cadeia de causação dos estados de doença e saúde.

No relatório da OMS (2001), está implícita a importância de se desenvolverem parcerias com as famílias no tratamento dos pacientes e nos programas de atenção em saúde. O mesmo esclarece que há consideráveis indícios a demonstrar os benefícios da participação da família no tratamento e controle de esquizofrenia, retardo mental, depressão, dependência do álcool e distúrbios do comportamento. O aspecto relevante, neste relatório, é a consideração das doenças físicas, dos transtornos mentais e comportamentais, como resultantes de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos e sociais, ressaltando que a enurese está inserida nos transtornos mentais e comportamentais na infância, segundo a classificação do CID 10 (1994).

No que diz respeito à infância, o relatório (OMS, 2001) aponta o seguinte:

Um importante achado ocorrido no século XX e que deu forma à compreensão atual é a importância decisiva do relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância. O cuidado afetuoso, atento e estável permite ao lactante, à criança pequena desenvolver normalmente funções como linguagem, o intelecto e a regulação emocional.

(...) Seja qual for a causa específica, a criança privada de afeto por parte dos seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar transtornos mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida.

O relatório mostra que algumas modificações ocorreram nos últimos anos e foram decisivas para o esclarecimento da importância das relações

afetivas no quadro evolutivo da doença no indivíduo e para a prevenção e promoção de sua saúde.

Pensando sobre as funções da família para o desenvolvimento afetivo, Ackerman (1986) descreve:

Socializar a criança e favorecer o desenvolvimento de sua identidade, determinando assim, em grande parte, seu destino mental.

Zimerman (2000), ao estudar grupos, entende a influência da família da seguinte maneira:

O grupo familiar exerce uma profunda e decisiva importância na estruturação do psiquismo da criança, logo, na formação dos seus grupos internos, cuja importância reside no fato de que tais grupos é que vão determinar como o sujeito irá interagir e configurar suas relações grupais e sociais com os inúmeros demais grupos com os quais conviverá ao longo da vida.

Winnicott (1957, apud Abram, 2000) esclarece que a existência da família e a manutenção da atmosfera familiar são o resultado da relação dos pais com o *setting* social no qual estão inseridos. Ou seja, a contribuição dos pais e da família depende de um contexto social mais amplo. A qualidade da relação parental é o principal componente da criação de uma atmosfera adequada para a criança.

É apropriado dizer, também, que a família não é o único meio de socializar a criança, pois há que se considerar a importância paralela das creches e das escolas, principalmente quando a criança não teve oportunidade de viver em família. A esse respeito Soifer (1989) comenta que as instituições escolares (maternal, jardim de infância, primeiro grau, segundo grau, universidade) atuam como mediadores entre a família e a sociedade, pois favorecem o desenvolvimento da socialização ao mesmo tempo que oferecem a possibilidade de conhecimento.

O que se acredita é que a família é o primeiro ambiente da criança. Quanto as essas considerações, é possível perceber que, dentre as funções da família, está a de promover a constituição da experiência emocional do indivíduo e de sua personalidade, e favorecer sua socialização num ambiente mais amplo. No que diz respeito aos pais, sabe-se que a contribuição que eles podem dar à

família depende, em grande parte, da relação com um grupo mais amplo, que é a sociedade. Contudo, não se pode considerar os pais apenas segundo suas relações com o contexto social. Há fatores bem consistentes que mantêm a família e que resultam da própria interação entre os membros.

Winnicott (1993) aponta que os fatores que promovem a conservação da família estão também ligados a uma complexa fantasia sexual. O autor esclarece que as atitudes dos pais em relação aos filhos dependem do significado que eles lhes atribuem, desde o momento de sua concepção, ou seja, desde quando decidiram e planejaram ter a criança.

Crepaldi (1999) comenta que inúmeros trabalhos práticos de pesquisa, no Brasil, têm mostrado interesse na preocupação com a globalização da assistência infantil. Ela defende que a participação da família nos cuidados com a criança hospitalizada pode se tornar profícua para a família, para a criança e para o hospital, quando uma atenção integral é planejada e tida como um todo, e tem como alvo também a família e não apenas a criança. O questionamento que se faz é, quando a criança está numa situação de internação, sem a presença dos familiares, pode apresentar dificuldades no seu desenvolvimento psicossocial. Alguns autores defendem uma forma de integrar os pais na assistência à criança (Kenny, 1975; MacCarthy, 1981; Zannon 1981; Zetterström, 1984; Santos, 1984; Miles & Mathes, 1991).

Freud (1980) comentou sobre a importância das relações afetivas para a criança, na “*Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*”. Nesse caso, ele considerou importante a relação que os pais estabelecem na estruturação do psiquismo dos filhos e passou a investigar a infância.

Klein (1984) considerava importante a interação dos pais ou do responsável no processo terapêutico, embora não tenha desenvolvido trabalho com os mesmos.

Considerando a importância do vínculo dos filhos com os pais, vários autores merecem ser destacados, como: Soifer (1992), que considera a influência da família nos aspectos da saúde mental das crianças; Spitz (1988) que comenta sobre a importância do vínculo mãe e filho e Winnicott (1993), que enfatiza a função maternal no desenvolvimento da criança.

A mãe é essencial para a teoria de desenvolvimento de Winnicott (1956/2000a). Esse autor destinou seus estudos ao reconhecimento de algumas

características e funções maternas. O termo *suficientemente boa* é utilizado para designar a mãe que provê uma maternagem adequada.

Ele esclarece que a mãe *suficientemente boa* tem que ser boa o suficiente, de uma forma sensível. Isso significa dizer que, para ele, a mãe boa é aquela que reconhece algumas funções maternas e necessidades do filho.

Sobre a adequada maternagem, esta não implicaria apenas na presença da mãe mas, ao mesmo tempo, diz respeito à condição de saber se ausentar e com isso fornecer a necessária frustração, a fim de promover o desenvolvimento afetivo do filho. A mãe também deve abrir caminho para uma fase de dessimbiotização e para a entrada lenta e gradual do pai. Uma das funções mais importantes que esse autor descreve é a continência, o acolhimento das angústias da criança.

Sobretudo, uma das importantes contribuições do autor remete ao que ele chamou de *preocupação materna primária* (1956/2000a). Segundo o autor, nos primeiros momentos de vida do bebê, a mãe necessita desenvolver uma preocupação materna primária, na qual está implícita a dependência materna. Esse momento é descrito como um estado de intensa sensibilidade, quase uma doença, que todas as mães devem experienciar. Porém, a mulher deve se recuperar desse estado, pois o importante é que ela, além de tudo, perceba-se como mulher antes e após o nascimento do filho. A mãe necessita reconhecer que é uma pessoa independente e deve ser vista como tal.

A teoria de Winnicott esclarece, especialmente para as mães, que era a sua preocupação, aquilo que elas necessitavam saber, ou seja, suas dúvidas e angústias na atenção ao filho, nos cuidados diários, muito antes do nascimento da criança. Sobretudo é um referencial teórico que prioriza a relação mãe-filho num contexto relacional sem, no entanto, perder de vista a consideração da diferenciação vital que a mãe precisa estabelecer entre ela e o filho. Tais premissas são adequadas para esta pesquisa (Winnicott, 1968, apud Abram, 2000).

Na enurese, o papel atribuído à influência dos pais no desenvolvimento psíquico dos filhos pode ser visto de dois modos: ação inadequada sobre o plano da organização esfinteriana da criança ou ação mais geral sobre o plano de seu desenvolvimento afetivo (Ajuriaguerra, 1980). Segundo esse autor, a atitude dos

pais, em geral, acarreta uma forma particular de organização da afetividade da criança, conforme seja ela superprotetora ou cruel e punitiva.

Num estudo com crianças da Índia (Hackett, Hackett; Bhakta & Gowers, 2001), a enurese foi associada à educação dos pais e à atitude de relaxamento que estes tiveram no treino de controle da urina do filho.

Fisher & Fisher (1981) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos sobre a atitude dos pais no processo geral de educação dos filhos. O estudo foi feito com três grupos de crianças: o primeiro, de enuréticos, o segundo, de não enuréticos com sintomas clínicos e o terceiro, de crianças normais. Os resultados apontam que, tanto os pais do grupo 1 quanto do grupo 2, têm dificuldade em favorecer a autonomia e a individualidade da criança, tendem a ser mais tolerantes do que os pais de crianças do grupo 3.

Um artigo de Rodrigues (2000) traz um estudo que aponta as expectativas dos pais com relação à organização esfinteriana do filho. Uma investigação feita com mães, através de um questionário, descreveu a expectativa esperada de controle miccional do filho. Nesse estudo, 37% das mães esperam um controle urinário noturno total, por volta dos dois anos de idade, enquanto 15% aceitam como normal as perdas até a idade de quatro anos, e somente 1% tolera de maneira passiva até a idade de sete anos.

Christmanson & Lisper (1982) realizaram, na Suécia, um estudo sobre as práticas das mães no treino de toailete dos filhos. Compararam grupos de mães de enuréticos e mães de não enuréticos. Concluíram que as mães de enuréticos iniciam o treino de hábitos mais precocemente do que as mães de não enuréticos.

No Brasil, Soveral e Graminha (1992) acrescentam que os pais de crianças enuréticas não possuem uma postura consistente de orientação aos filhos no treino ao toailete. A conduta dos pais desempenha um papel importante na aquisição do controle vesical da criança, podendo, portanto, favorecer a ocorrência ou não da enurese.

No Brasil, Oliveira & Tápia (1987) realizaram um estudo com uma criança enurética de família de nível sócioeconômico baixo. Os autores buscaram investigar a influência do mundo das relações familiares no surgimento de distúrbios emotivo-afetivos na criança. Concluíram que o mundo familiar é vivenciado como opressor, punitivo, contraditório e ambíguo pela criança com

problema de enurese. A genitora assume atitudes ambíguas na educação da filha: é protetora e agressiva.

Novello & Novello (1987) acrescentaram que pais de nível educacional primário punem pela urina na cama duas vezes mais que pais de nível secundário ou universitário.

Percebe-se que a importância da família e em especial da mãe, na enurese, está relacionada à conduta das mesmas, como um importante fator para o desenvolvimento afetivo e para o estabelecimento da organização esfinteriana da criança, e as pesquisas têm demonstrado uma variação das atitudes dos pais frente aos filhos. Por vezes, demonstram passividade e são mais tolerantes; já outras vezes, são exigentes e autoritários, tentando estabelecer o treino precoce de controle dos esfíncteres.

Entende-se que é muito complexo estudar e descrever as dificuldades de uma criança sem, no entanto, conhecer o contexto familiar em que vive e no qual se desenvolve. Eventualmente, há que se considerar a família para se chegar aos conflitos da criança.

A esse respeito, Aberastury (1987) enfoca ser necessário um trabalho inicial com os pais, a fim de compreender seus conflitos, para que eles possam dar informações adequadas aos filhos.

Conforme Ajuriaguerra (1980), diante das dificuldades afetivas da criança deve-se assumir uma orientação psicológica também junto aos pais. Eles têm a necessidade de serem apoiados e devem ser informados a respeito da conduta frente à educação esfinteriana. Devem ser auxiliados a suportar e compreender melhor a problemática do filho.

1.4 Prevenção e Promoção da Saúde

A enurese acontece freqüentemente e é alvo de grande preocupação dos pais, principalmente quanto ao desenvolvimento psicológico da criança (Rodrigues, 2000). Pensando nessa questão das vivências dos pais de enuréticos, há que se abordar a prevenção e promoção da saúde.

Seria importante mencionar o que significa prevenção e promoção da saúde.

Conforme Caplan (1980), a prevenção primária é um conceito comunitário. Envolve a redução da taxa de novos casos de distúrbio mental numa população durante um certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham a oportunidade de causar doença. A prevenção secundária é o nome dado aos programas que reduzem a taxa de incapacidade causada por um distúrbio, na medida em que baixam a prevalência do distúrbio na comunidade, e a prevenção terciária tem o objetivo de reduzir na comunidade a incapacidade provocada pelo distúrbio.

Segundo a OMS (2001), as intervenções para o manejo dos transtornos mentais e comportamentais classificam-se em prevenção, tratamento e reabilitação. Essas categorias corresponderiam, aproximadamente, aos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária. Este relatório define da seguinte forma:

Prevenção (primária) é a tomada de medidas aplicáveis a certa doença ou grupo de doenças para interceptar suas causas antes que estas envolvam o indivíduo; noutras palavras, para evitar que ocorra afecção.

Tratamento (prevenção secundária) refere-se às medidas tomadas para sustar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e seqüelas, limitar a incapacidade e evitar a morte.

Reabilitação (prevenção terciária) envolve medidas orientadas para indivíduos incapacitados, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades restantes. Compreende tanto intervenções no nível do indivíduo como modificações no meio ambiente.

No relatório da OMS (1986), a promoção da saúde diz respeito à capacidade de a comunidade participar e atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. No relatório da OMS (2001), o ponto de partida mais apropriado para a promoção da saúde mental dependerá tanto das necessidades quanto do contexto social e cultural.

Isso significa dizer que, na prevenção, o objeto é a doença, e a intervenção consiste em diminuir a incidência de doenças. Já na promoção da saúde, o objeto é a saúde e as formas de intervenção relacionam-se ao desenvolvimento das potencialidades humanas. A noção de saúde é biopsicossocial. Segundo o relatório da OMS (2001), a saúde mental passa a ser considerada como um estado completo de bem estar físico e mental e deixa de se remeter apenas à ausência de doenças.

Sabe-se que a preocupação com uma atuação mais preventiva na psicologia foi trazida por Bleger no seu conceito de Psico-Higiene (1984). Ele propôs que o psicólogo desenvolvesse sua prática clínica voltada para uma situação comunitária e passasse a perceber a saúde em vez da doença.

A Psicologia da Saúde é considerada uma importante área da psicologia, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, aperfeiçoamento do sistema de atendimento e formação de políticas de saúde (Matarazzo, 1980).

Dela Coleta (1998) mostra a análise das comunicações livres apresentadas nas Reuniões Anuais da Sociedade Brasileira de Psicologia e indica que, entre 1986 e 1996, o número de trabalhos na área de saúde cresceu de nenhum até 40, correspondendo a 11,6% do total apresentado nas quinze áreas definidas pela Sociedade.

Algumas pesquisas realizadas no âmbito da psicologia comunitária preventiva merecem destaque como a de Simon (1989), em assistência familiar em nível comunitário; a de Infante, Gonçalves, Tatsch & Celestino (1988), envolvendo diversos tipos de atuação junto a comunidades carentes, a de Rocha (1988) em assistência à ocupação profissional de mulheres de periferia, a de Siqueira & Casagrande (1986), na educação em saúde mental para adolescentes, entre outras.

Observam-se, contudo, poucos trabalhos de natureza epidemiológica que se dedicam ao estudo da população infantil. Merecem atenção as pesquisas

feitas por Carvalho & Térzis (1988, 1989), que verificaram o índice da população infantil (0-15 anos) atendida nas clínicas-escola; Carvalho (1994) investigou os sintomas e as doenças infantis (0-4) através da análise de prontuários pediátricos, num Centro de Saúde de Campinas, a fim de conhecer os problemas de saúde dessa população.

Em se tratando de Brasil, há ainda uma lacuna em relação à existência de pesquisas epidemiológicas que sustentem essa nova concepção de saúde. Há que se considerar que a promoção para este país implicaria, numa primeira ordem, a prevenção primária.

A esse respeito o relatório da OMS (2001) destaca que os dados epidemiológicos são essenciais para determinar prioridades no âmbito da saúde e no da saúde mental e projetar e avaliar intervenções de saúde pública.

A OMS (2001), no seu relatório, traz dez recomendações gerais com relação à saúde mental, dependendo dos recursos e do contexto social e cultural de cada país. São estas: proporcionar tratamento na atenção primária, garantir acesso aos medicamentos psicotrópicos, garantir atenção à comunidade, educação em saúde para a população, envolver as comunidades, as famílias e os usuários, estabelecer políticas, programas e legislação nacionais, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorar a saúde mental na comunidade, e dar mais apoio à pesquisa.

Diante dessas recomendações, será destacada aquela que implica a estratégia comunitária de ajuda às famílias, que corrobora com as questões discutidas nesta pesquisa.

Ainda que, no Brasil, o nível de pesquisa nesse âmbito esteja percorrendo um caminho gradual, há indicações de programas de saúde que seguem as recomendações da OMS, como é o exemplo do Programa de Saúde da Família.

O PSF (Programa de Saúde da Família) foi iniciado em junho de 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, foram formadas as primeiras equipes da Saúde da Família, com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma

integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (Ministério da Saúde, 2002).

O mesmo projeto é reconhecido pelo município de Campinas com o nome de Projeto Paidéia de Saúde da Família. As bases em que se assenta esse programa são similares ao que foi citado. Paidéia é um conceito antigo, clássico, que foi criado na época dos gregos, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Essa definição entra em ressonância com o objetivo que é a produção de saúde, a formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. Tem como meta o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001).

Nesses programas, o psicólogo poderá ser incorporado às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades vigentes na unidade.

Cardoso (2002), no seu artigo sobre a inserção do psicólogo no PSF, resgata a concepção holística de homem, na qual os fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de diferentes modos e proporções na gênese de qualquer enfermidade. Partindo desse princípio, a autora aponta para a importância da inclusão efetiva de um psicólogo na equipe do PSF. O estudo faz parte de um trabalho realizado com pacientes diabéticos e hipertensos, numa parceria entre o departamento de Psicologia da FAFICH da UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo do estudo foi facilitar a comunicação dos pacientes, ampliando sua conscientização e sua responsabilidade sobre a doença e sobre si mesmo. A inserção do psicólogo teve por finalidade dar assistência clínica e melhorar a saúde da população atendida através da atenção para com os aspectos psicológicos, tanto em termos de prevenção, quanto de tratamento, tendo a gestalt terapia como referencial teórico. Os resultados apontaram para os desafios que este tipo de estudo ainda apresenta; contudo, mostraram a necessidade de se dar continuidade ao trabalho e de implantar um serviço de psicologia com profissionais gabaritados para o atendimento dessas necessidades da população.

O clima permissivo do Brasil permite elaborar alguns planos e programas a nível de prevenção e outros já remetendo à promoção da saúde, mas existe a falta de políticas governamentais que possam dar sustentação a uma efetiva implementação dos mesmos. Para tanto, há que se considerar as Ongs (Organizações Não-Governamentais), que vêm crescendo em larga escala e assumem o papel que devia ser atribuído ao Estado.

No contexto da enurese, essas considerações são necessárias para promover a discussão e reflexão sobre as possibilidades que podem existir na ajuda às crianças e à família.

O que acontece é que os familiares nem sempre têm informações das relações do sintoma somático enurese com possíveis perturbações no psiquismo da criança. Observa-se que a procura de ajuda só se efetua quando os filhos estão numa idade escolar avançada, em que se constata dificuldades emocionais em decorrência do estigma social.

Em um estudo longitudinal sobre o desenvolvimento infantil, as crianças enuréticas estavam cerca de duas vezes mais propensas a terem atrasos evolutivos concomitantes do que crianças sem enurese (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

No Brasil, uma pesquisa investigou a relação da enurese infantil e a perturbação distímica no adulto, que equivale à neurose depressiva segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 9). Participaram do estudo 96 pacientes. Foi utilizada a Escala de Depressão (HRSD- Hamilton Rating Scale of Depression) para selecionar os 30 pacientes incluídos na pesquisa. A análise foi quantitativa e qualitativa. Na primeira análise, verificou-se que os pacientes que foram enuréticos possuem graus mais acentuados de depressão ($p < 0,001$), tiveram também maiores tendências ao suicídio e graus mais elevados de ansiedade ($p < 0,005$). Na análise qualitativa, observou-se que o mundo das relações familiares exerce efetiva influência no surgimento de distúrbios da afetividade na criança enurética. A conclusão foi que a enurese em criança é de fato, um problema de saúde mental preventiva. Foi apontada a necessidade de tratar precocemente as crianças enuréticas, como medida preventiva de depressões no futuro (Oliveira & Tápia, 1989). Azevedo (1995) também realizou um estudo com quatro crianças enuréticas correlacionando a depressão.

Na Alemanha, foi realizado um estudo de follow-up com 32 crianças enuréticas que tinham sido tratadas entre 1980 e 1992 comparado com um grupo controle caracterizado pela população geral. O estudo dizia respeito a fatores sociais, psicopatológicos e outros dimensionais (depressão, satisfação com a vida e funcionamento global). Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes não tiveram um critério diagnóstico de acordo com o CID 10, mas mostraram um escore alto de depressão e um desenvolvimento global menor, comparado com o grupo controle. O estudo confirmou que as crianças enuréticas atribuem-se um valor pessoal negativo e, possivelmente, estão mais vulneráveis a desenvolver desordens psiquiátricas (Heinicke, Brieger, Bluink, Sommer & Marneros, 2000).

No Sul da África, Pillay & Moosa (2000) comentam que, num estudo com crianças negras, diagnosticadas com depressão, foram verificados sintomas de baixo rendimento escolar e enurese. Dentre os estressores familiares estavam: conflitos dos pais, uso de substâncias químicas pelo pai, abuso físico ou sexual das crianças.

Pensando na prática, que tipo de atenção pode ser dada à família, aos pais de crianças com enurese? Uma possibilidade seria minimizar os conflitos da criança junto à família, bem como auxiliar os pais no sentido de permitir que eles aprendam a lidar com os filhos. Há que se pensar em ações eminentemente preventivas e educacionais, visando diminuir a prevalência desse acontecimento na infância.

A esse respeito, na Espanha, Bethencourt, Garcia, Ramos, Diaz & Fernandez (1997) testaram um programa de treinamento comunitário para os pais de crianças enuréticas. Nesse treinamento, as questões contempladas eram: ter contato com os pais, oferecer aos pais um programa de treinamento para ajudar os filhos, treinar os pais sobre as causas, conseqüências, procedimentos terapêuticos da enurese e oferecer uma assistência aos pais. Concluíram positivamente sobre a eficácia desse treinamento para os pais na ajuda aos filhos.

Winnicott (1959/1997c) esclarece que os pais podem aproveitar muito a ajuda, se esta for dada no momento certo e da maneira certa. É essencial que os pais possam compreender e se informar a respeito das suas funções no desenvolvimento emocional do filho, sobre o que fazem e como fazem. Há necessidade de que os pais reconheçam o valor que lhes é atribuído tanto pela

criança como pela sociedade, a fim de exercerem melhor suas funções dentro da família. Esse mesmo autor sintetiza:

(...) é uma questão de colocar em palavras que os pais possam entender aquelas coisas que eles sentem e fazem e deixam de fazer, proporcionando assim informações que eles precisam a respeito de sua função.

Klein, Isaacs, Sharpe, Searl & Middlemore (1973) comentam que, nas dificuldades da criança em controlar a urina, o importante é que os pais dêem apoio e ajuda física apropriada, com encorajamento confiante e um relacionamento feliz. Dessa forma, a criança poderá ultrapassar, sem danos e com segurança, essa dificuldade temporária do crescimento.

Partindo dessas breves considerações acerca da constatação da importância da família, em especial da mãe, na organização afetiva da criança, e dos efeitos psicológicos e sociais que a enurese pode gerar na criança, entende-se que uma postura próxima aos pais pode contribuir para uma atenção à questão da prevenção nesses casos.

Certamente o estudo não tem a intenção de realizar uma intervenção ou encerrar a discussão dessa problemática, mas supõe que o conhecimento e o acesso a algumas questões levantadas nesta pesquisa, via fala das mães, muito tem a contribuir para estudos futuros, que possibilitem refletir numa prática preventiva de ajuda a essas mães e seus filhos para a manutenção de uma qualidade de vida melhor.

Além do disso, o estudo busca tecer alguns comentários sobre as vivências diárias das mães de crianças enuréticas de uma população carente, com tudo o que possa haver de relevante. Estas apreciações serão apresentadas no momento da *discussão dos resultados*. Para tanto, é necessário que sejam especificados os objetivos propostos por este trabalho, e o percurso metodológico utilizado.

1.5 Objetivo Geral

O objetivo da pesquisa é investigar, conhecer e descrever as vivências cotidianas de mães de crianças enuréticas.

1.6 Objetivos Específicos

O estudo consiste, particularmente, na descrição e compreensão das vivências das mães, considerando:

- 1- Os cuidados diários com os filhos;
- 2- As vivências emocionais da mãe e da família com relação à enurese;
- 3- O tipo de ajuda procurada;
- 4- As dificuldades encontradas na ajuda aos filhos;
- 5- Os aspectos sociais envolvidos.

“Observem, comparem, pesquisem. O gostoso é procurar”

Maria Clara Machado

2 MÉTODO

O método qualitativo foi o escolhido para a realização desta pesquisa, tendo como suporte o referencial psicanalítico. As entrevistas foram analisadas conforme o conteúdo do texto. Segundo Minayo, Deslandes, Gomes & Neto (1994), a análise de conteúdo é uma técnica utilizada em pesquisas que levantam, a princípio, questões que consideram importantes para a investigação.

A opção pelo método qualitativo justifica-se ainda pela possibilidade de o investigador entender a natureza de um fenômeno psicológico que, por sua complexidade, torna difícil a utilização de critérios tradicionais das ciências naturais. Como afirma Mucchielli (1991): “ um método qualitativo é uma estratégia de pesquisa que utiliza técnicas de coleta e análise qualitativas com o fim de explicitar, dar compreensão a um fato humano ”

Mucchielli (1991) descreve que são técnicas que, de alguma forma, privilegiam o uso da palavra para descrever o fenômeno observado.

A esse respeito, Ludke & André (1986) afirmam que analisar dados em pesquisa qualitativa significa trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa: os relatos de observação, as transcrições de entrevistas, as análises dos documentos e as demais informações disponíveis.

Triviños (1992) ressalta que a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto e, por esse motivo, não é vazia: é coerente, lógica e consistente.

Além das afirmações já citadas pelos autores, o método qualitativo propõe os critérios de validação que são descritos nos seguintes itens segundo Mucchielli (1991):

- *Aceitação Interna*: o pesquisador e a pesquisa são aceitos pelos participantes envolvidos no processo;

- *Compleitude*: os resultados são apresentados, permitindo a compreensão global do fenômeno;

- *Coerência Interna*: a apresentação dos resultados da pesquisa deve obedecer à lógica e à coerência, de modo a permitir sua compreensão por qualquer outro pesquisador.

- *Confirmação Externa*: a aceitação dos resultados da pesquisa por parte das autoridades científicas, especialistas no assunto. Esse critério expressará o grau de confiança que o pesquisador terá em relação à objetividade

dos dados, a qual poderá ser verificada por um outro pesquisador externo à pesquisa.

2.1 Participantes

A seleção dos participantes - em número de seis - foi feita a partir do contato com a pediatra que atende no Centro de Saúde do Parque Floresta em Campinas - SP. Foram escolhidas mães de crianças com queixa de enurese que tenham ido ao Centro de Saúde à procura de atendimento ou que tivessem consultas previamente agendadas. Essas mães seriam encaminhadas pela pediatra e/ou puericultura para a entrevista com a pesquisadora.

O número de participantes, inicialmente, seria determinado pelo critério de saturação, que consiste em atingir uma representatividade da amostra após um certo tempo, ou seja, quando os dados coletados deixam de ser novos e incorporam-se a dados já conhecidos. Ocorreu que, na trajetória do estudo, tal critério teve de ser substituído pelo de permanência em campo, dado o cronograma da pesquisa e o tempo estabelecido para conclusão da dissertação. Decidiu-se que esse critério seria o mais viável e, pelas questões já mencionadas, entende-se que o tempo de permanência na instituição foi válido e os dados coletados foram apreendidos coerentemente. O período de permanência na instituição foi de Fevereiro a Julho de 2002, tempo julgado suficiente para garantir a coleta de dados. Foram realizadas seis entrevistas (anexo E).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas mães de filhos com queixa de enurese e que tinham ido à instituição para serem atendidas pela pediatra e/ou puericultora e aquelas que concordaram em participar da pesquisa e contribuir para o estudo, após terem sido informadas sobre a finalidade do mesmo, dos aspectos éticos e de sigilo, fornecendo consentimento por escrito de sua participação (anexo C).

Foram excluídas as mães que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Informado (anexo C).

2.2 Instituição

O local escolhido para coleta de dados foi o Centro de Saúde do Parque Floresta, um bairro localizado na cidade de Campinas - SP. A preferência deu-se pela possibilidade de ter uma demanda que atendesse aos critérios do estudo, e pelo contato que se teve com a pediatra, o que facilitou toda a tramitação da pesquisa e sua aceitação por parte da coordenação do Centro de Saúde.

A instituição funciona de segunda a sexta, das 7.00 às 19.00h. Conta com profissionais de diversas especialidades: clínica geral, pediatria, puericultura, odontologia, enfermagem, ginecologia e obstetrícia.

A princípio, a sala para a realização das entrevistas era a de puericultura, mas isso nem sempre foi possível devido ao contingente de atendimentos diários na instituição.

As entrevistas acabaram sendo feitas em diversos locais, dependendo da colaboração das entrevistadas e da disponibilidade de sala no dia. Alguns contatos foram realizados no pátio da instituição, principalmente os retornos, durante os quais as transcrições foram apresentadas às participantes, a fim de que elas reconhecessem a veracidade dos seus depoimentos.

2.3 Instrumentos

A entrevista clínica foi a técnica utilizada para coleta de dados.

Foi realizado um estudo piloto, que abrangeu duas entrevistas, seguindo um roteiro com tópicos relacionados aos objetivos específicos do estudo. A partir dessa experiência piloto e do percurso do processo de coleta, percebeu-se que as questões eram muitas e, em certo momento, impediam de captar o depoimento livremente.

A pesquisa piloto foi bastante importante, pois permitiu a realização do procedimento planejado e possibilitou a investigação de aspectos contidos nos objetivos específicos. Foi um estudo inicial, que proporcionou o esclarecimento de alguns pontos que, posteriormente, foram melhorados no transcorrer da pesquisa. As dificuldades encontradas concentraram-se no trabalho de campo, mas foram

levadas em consideração a fim de que fossem transpostas e não prejudicassem o estudo.

Para a continuação da coleta de dados, entretanto, optou-se por uma entrevista aberta, sendo feita uma pergunta disparadora: “Gostaria que a senhora me falasse um pouco do problema do seu filho, de como é a sua vivência com o seu filho” (anexo B).

A intenção era permitir que as entrevistadas falassem um pouco mais à vontade de suas vivências, sendo feitas algumas interferências, quando necessárias, de modo que a entrevistada complementasse alguns pontos obscuros, mantendo-se, todavia, dentro do assunto proposto.

Durante o contato com as mães, também foi utilizado um questionário (anexo D) que contém informações pessoais das entrevistadas como: idade, sexo, profissão, escolaridade, número de filhos, estado civil e idade dos filhos.

Para a gravação das entrevistas foi utilizado um gravador, com fitas cassetes de sessenta minutos.

2.4 Procedimento

2.4.1 Coleta dos Dados

O estudo foi apresentado à coordenadora e, em seguida, foi entregue uma Carta de Apresentação (anexo A) solicitando a autorização para que a pesquisa fosse realizada. Após o consentimento da coordenadora, foi feito outro contato com a pediatra e puericultora do Centro de Saúde com a finalidade de explicar os procedimentos do estudo, bem como pedir que fizessem uma triagem daquelas mães, que correspondesse aos critérios da pesquisa, a fim de as encaminhar para a entrevista com a pesquisadora.

Foram explicados às participantes os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Informado (anexo C). A finalidade era que elas obtivessem informações quanto ao sigilo dos dados e outros esclarecimentos necessários sobre o estudo em questão. Na seqüência, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado (anexo C) àquelas que concordaram em participar, e a autorização para a gravação do depoimento.

A entrevista foi realizada individualmente, no mesmo dia em que os participantes iam à instituição à procura de atendimento. A coleta do depoimento se deu logo após o encaminhamento dos profissionais, sem haver um agendamento prévio. As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Informado (anexo C). A média de tempo de cada entrevista foi de uma hora, com exceções para algumas cuja duração foi de quase duas horas.

As entrevistas foram gravadas e as transcrições seguiram o relato na íntegra, destacando-se no texto a letra M para a fala da participante e P para a da pesquisadora. No relato transcrito, as crianças são reconhecidas da seguinte forma: CE1 (criança da Entrevista 1), CE2 (criança da Entrevista 2) e assim por diante.

Foi marcado um segundo encontro com cada participante para apresentar os depoimentos obtidos na primeira entrevista e esclarecer alguns aspectos que ficaram confusos. É importante que as informações colhidas sejam reconhecidas pelos participantes. Esse segundo contato com as mães faz parte dos critérios de validação, conforme afirma Mucchielli (1991).

A pesquisadora também utilizou um diário de campo, no qual foram registrados todos os acontecimentos durante a pesquisa. Este inclui qualquer observação e informação relacionadas aos participantes da pesquisa, ao local e aos profissionais do Centro de Saúde. Também foram registradas as impressões e vivências pessoais da pesquisadora no decorrer do trabalho, entre outros dados considerados importantes.

Foi possível observar que a escolha do instrumento e do procedimento adequados foi de grande importância, pois o depoimento da mãe pareceu mais espontâneo, com algumas exceções em que houve certa resistência em falar no início, mas todas as entrevistadas contribuíram com seus depoimentos para o estudo.

2.4.2 Análise dos Dados

O processo de análise dos dados iniciou-se a partir das leituras das transcrições das entrevistas. Estas foram avaliadas de forma qualitativa, tendo como referência o enfoque psicanalítico. Optou-se pela análise de conteúdo, cuja

técnica mostrou-se oportuna na medida em que foram levantadas questões para o estudo anteriormente. Segundo Minayo, Deslandes, Gomes & Neto (1994), esse tipo de análise tem duas funções práticas:

Uma se refere à verificação de questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas (...).

(...) A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

A análise foi feita em quatro momentos: *transcrições das entrevistas na íntegra, análise de cada entrevista e síntese compreensiva* (para cada entrevista), *síntese geral* (todas as entrevistas) e, por fim, *compreensão geral* (psicológica/psicanalítica). É importante comentar alguns aspectos da análise para um melhor esclarecimento.

No primeiro momento, foi realizada a transcrição de cada entrevista de forma integral. O segundo momento foi composto de quatro passos :

1- Leitura da entrevista transcrita, várias vezes, até que se teve uma visão do conjunto do relato. Toma-se contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, procurando destacar as idéias principais em relação aos temas já estabelecidos ou em relação a outros que expressem relevância para o estudo.

Ludke & André (1986) explicam que é o momento de organizar todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nelas tendências e padrões relevantes.

2- Análise do conteúdo do texto em relação aos temas pré-estabelecidos nos objetivos específicos ou em relação a outros itens relevantes para o estudo.

3- Levantamento dos temas relacionados aos itens específicos mencionados nos objetivos, e agrupamento dos elementos fornecidos pelas entrevistadas, acrescentando quatro tópicos contidos no diário de campo: contexto da entrevista, características da mãe e da família, características da criança enurética e impressões da pesquisadora.

4- Compreensão psicológica/psicanalítica.

Dessa forma, a análise foi feita em cada entrevista, levando a uma classificação e categorização mais geral dos temas que foram alvo de investigação na pesquisa. Concomitantemente, foi realizada a compreensão psicológica de cada entrevista, gerando uma síntese compreensiva.

Em seguida, foi feita uma síntese geral, integrando as análises de cada entrevista e por fim, foi realizada uma compreensão geral psicológica/psicanalítica. A finalidade é extrair os significados contidos em todos os relatos obtidos e analisados, com tudo o que isso comporta de congruência e incoerência.

Desta análise, que consiste no resultado da pesquisa, foram levantados alguns pressupostos, que serão apresentados no item da discussão com base na bibliografia.

“Quanto mais se conhece, mais se aprecia”

Leonardo da Vinci

3 RESULTADOS

Como já foi mencionado, a análise dos dados foi pautada pela própria trajetória do estudo e auxiliada por leituras de autores que estudam métodos qualitativos de pesquisa como: Mucchielli (1991), Ludke & André (1991), Triviños (1992) e Minayo, Deslandes, Gomes & Neto (1994).

O referencial psicanalítico utilizado possibilitou uma compreensão singular dos aspectos contidos no relato das mães. Foi possível entender o que elas queriam expressar quando falavam sobre algum tema de suas vivências com os filhos enuréticos.

As entrevistas gravadas e transcritas serão apresentadas no anexo E.

Os dados, extraídos do relato, foram considerados em relação aos temas apontados no item dos objetivos e, em seguida, submetidos a uma compreensão psicológica, destacando aqueles temas recorrentes que expressaram uma significação simbólica do relato.

A apresentação dos resultados será feita da seguinte forma:

1– *Análise de cada entrevista*, contendo os itens: contexto da entrevista (local, duração, ambiente); características da mãe e da família (idade, escolaridade, número de filhos, ocupação, situação de vida da família); características da criança enurética (idade, tipo de enurese, frequência, tempo de origem, treino de controle dos esfíncteres); cuidados diários com os filhos; vivências emocionais da mãe e da família com relação à enurese; tipo de ajuda procurada; dificuldades encontradas na ajuda aos filhos; aspectos sociais envolvidos e impressões da pesquisadora (percepção, linguagem, aspectos contratransferenciais). Por fim, a *síntese compreensiva*.

2– *Síntese geral*, integrando todas as análises das entrevistas e suas sínteses compreensivas específicas.

3– *Compreensão geral (psicológica/psicanalítica)*.

3.1 Análise das Entrevistas

3.1.1 Entrevista 1

Contexto da entrevista

A princípio, a mãe perguntou se a presença da pesquisadora vinculava-se à possibilidade de atendimento ao filho. Foi explicado o conteúdo da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Informado (anexo C). Logo em seguida, foi perguntado sobre a possibilidade do uso do gravador. A participante colaborou em todos os sentidos com a pesquisa. Esta entrevista foi realizada como piloto da pesquisa.

Características da mãe e da família

É amasiada há 24 anos, tem 43 anos, sete filhos (cinco mulheres e dois homens). Os dois primeiros filhos são do primeiro matrimônio, enquanto os demais, são do casamento atual. A filha mais velha tem 27 anos e o caçula, oito anos. Tem 12 netos, sendo que uma das netas que tem um ano de idade, mora na casa da entrevistada junto com a mãe. Apenas dois filhos estão morando na casa da participante, os outros são casados e moram com suas famílias. Estudou até a Quarta Série do Ensino Fundamental.

Quanto à saúde, comenta que tem tendinite em consequência do trabalho numa fábrica, além de apresentar hipertensão.

Trabalhava como ajudante geral num parque de diversão até fevereiro de 2001. Atualmente está desempregada, cuida da casa, da neta e de dois filhos. Algumas vezes, faz faxina, lava e passa roupa para fora.

O marido tem 45 anos, trabalha como funileiro, mas está desempregado. Era alcoólatra, mas parou de beber há 11 anos. Também era fumante, e há oito meses largou o cigarro. A mãe mora em casa própria junto com a família. Comenta que os outros filhos tiveram enurese na infância.

Características da criança enurética

Tem sete anos, é do sexo masculino. Apresenta enurese desde que a mãe tirou a fralda, com um ano e meio. Até os dois anos e meio, urinava durante o dia e à noite; nesse momento, apenas à noite. A criança foi orientada a controlar os esfínteres quando estava na creche. A mãe não utilizou nenhum recurso para ensinar a criança. no treino de hábitos de higiene. Apresenta enurese noturna secundária

Estuda na Primeira Série do Ensino Fundamental. Apresenta comportamento rebelde e arteiro, conforme descrição da mãe.

Em casa, dorme no quarto junto com a irmã, na sua própria cama. Dormiu no quarto dos pais até os cinco anos.

Cuidados diários com o filho

As práticas utilizadas com a criança são: lavar os lençóis e limpar o colchão. Dentre as precauções, evitar ingerir líquidos, antes de dormir. Tem conversas diárias com o filho, a fim de explicar o procedimento adequado para evitar que ele urine à noite.

Vivências emocionais da mãe e da família

Sente-se triste e, ao mesmo tempo, irritada com o filho, por ele urinar todos os dias. Também comenta que todos os outros filhos tiveram enurese, mas confessa que é muito difícil lidar com esse filho, que é o caçula e tem a impressão de que o filho urina na cama por “palhaçada e sem-vergonhice”. Fala que batia nos outros filhos, mas que não age mais dessa forma. Descreve o comportamento rebelde do filho e relata a dificuldade de lidar com ele. Também afirma que o filho é bravo, tem medo de tudo e que não sabe o que fazer para auxiliar o filho.

Na gravidez desse filho, pensou em aborto, pois já não estava bem com o marido mas, quando chegou o momento, desistiu. Depois que a criança nasceu, sua vida conjugal melhorou. Diz que a enurese do filho pode ser consequência da rejeição ao filho, conforme o relato: “ O que eu sinto, é porque rejeitei ele ”.

Com relação à vivência da família, descreve que os irmãos caçoam e xingam o filho. A reação da criança é brigar com essas pessoas e depois chorar.

Possui um casamento conflituoso e não está satisfeita com essa situação. Afirma que está casada por causa dos filhos e por gratidão ao marido, mas comenta que sente arrependimento de estar com ele e quer se separar, já que os filhos estão crescidos.

Quanto aos filhos, tem mágoas por eles terem saído de casa muito cedo, pois acha que não fizeram uma boa escolha. Descreve que foi uma mãe muito rígida com os filhos e que não deixava as filhas saírem. Afirma que tem arrependimento de ter tido os filhos.

Ao falar de sua vida, comenta que saiu de casa cedo, por desentendimentos com os pais. Teve experiências muito difíceis e relacionamentos inconstantes, até encontrar o marido atual que lhe proporcionou uma vida melhor e, por isso, é difícil separar-se dele.

Tipo de ajuda procurada

Desde que percebeu que o filho urinava todos os dias, sem nunca ter parado, ela pensou em procurar ajuda. Primeiro foi ao médico, pois achava que era verme, já que o mesmo fato tinha acontecido com seus outros filhos.

Ao mesmo tempo, achava que o problema do filho não seria um caso de médico, mas de um acompanhamento psicológico, para lidar com as questões que ela não sabia como tratar, já que tinha rejeitado o filho ao pensar em aborto. Descreve esse fato como o mais difícil da sua vida, e diz que talvez seja o motivo de ele apresentar um comportamento difícil.

Dificuldades encontradas na ajuda ao filho

Comenta o problema de ter que trocar os colchões a cada dois anos. Também é verificada a preocupação dela sobre o motivo de a enurese nunca ter cessado, e o comportamento desobediente do filho.

Aspectos sociais envolvidos

A mãe esclarece que, até hoje, não foi procurar ajuda para o filho porque a vida é muito difícil. É percebido o desejo de que o filho tivesse um acompanhamento psicológico. Também demonstrou uma expectativa quanto à possibilidade de um grupo de mães, no qual se pudesse discutir e refletir sobre as vivências dela, quanto a esse problema, e que proporcionasse uma orientação na ajuda ao filho. Relatou que outras mães passam pelas mesmas dificuldades.

Impressões da pesquisadora

A percepção da mãe foi positiva e observou-se apenas um pouco de ansiedade ao relatar sobre a enurese do filho. Ela demonstrou fala repetitiva e linguagem insuficiente em termos de gramática. Inicialmente foi percebida uma dificuldade quando ela era confrontada com uma questão, pois observou-se que a mesma tinha dificuldade de compreender o que era perguntado. Por esse motivo, decidiu-se detalhar e tentar transformar as perguntas numa linguagem acessível à mãe.

A pesquisadora estava ansiosa quanto à forma de abordar o conteúdo do roteiro, por ser a primeira entrevista. Sentiu dificuldade em estabelecer uma linguagem que permitisse uma comunicação mais próxima da entrevistada, porém os aspectos objetivados na pesquisa foram atingidos.

Síntese compreensiva

A mãe revelou aspectos como: a rejeição ao filho, a insatisfação com o relacionamento conjugal, a difícil relação com os outros filhos, e conflitos anteriores com os pais.

A entrevistada demonstrou impaciência e rigidez com o filho e, às vezes, foi percebido na sua fala, algo relacionado a punir e bater no filho, embora ela negasse o fato. Nesse caso, parece que a mãe sente-se culpada por ter pensado em abortar o filho. Esse fato pode indicar que ela tenha realizado essa rejeição inconscientemente. Ao mesmo tempo, o filho parece não se sentir amado e desejado por essa mãe. Talvez isso seja o motivo do comportamento agressivo

e rebelde do filho com a mãe, assim como parece sugerir que a enurese seja uma forma de chamar a atenção e o amor dessa mãe.

O fato de estar insatisfeita com o casamento parece indicar que há uma frustração a nível de relacionamentos, pois é o segundo casamento. Apesar de relatar que o marido é um bom pai, queixa-se de que ele não é o marido que deseja. Essa insatisfação no relacionamento com o marido parece se estender para a relação com os filhos, o que significa dizer que o fato de os filhos terem saído de casa cedo, sem que ela concordasse, traz à tona a história anterior da entrevistada com os pais. Há indícios de que ela projeta nos filhos a vivência difícil e ruim com os pais, uma vez que não elaborou psicologicamente esse conteúdo.

Quanto à enurese da criança, a mãe apresenta cansaço e não está em condições de ajudar o filho, pois afirmou que já lidou com a enurese dos outros filhos. Foi observado que, nos outros casos, ela estava mais tranqüila e disposta a ajudá-los.

Foram verificadas dificuldades da mãe em compreender e ajudar o filho, a falta de apoio dos membros da família, a falta de informação quanto aos cuidados com a criança e atitudes adequadas frente ao filho. Constatou-se o problema da falta de recurso da família para auxiliar no tratamento da criança, do contexto familiar conflituoso e precário, e dos conflitos vivenciados por essa mãe. Percebeu-se, também, que a criança vive num ambiente no qual tem poucas possibilidades de ser ajudada.

Diante disso, há que se realizar uma intervenção que leve em conta a criança, o meio em que vive e os tipos de relações afetivas existentes. Sabe-se que um trabalho apenas com a criança de nada vai adiantar, pois tem a possibilidade de apresentar novamente a enurese se não for compreendida e aceita pela família. É importante também uma orientação para a mãe na conduta diária com o filho e uma ajuda psicológica que possibilite o reconhecimento dos seus conflitos internos, principalmente com relação à culpa que sente por rejeitar o filho e o aspecto hostil que carrega da relação vivida com os pais.

3.1.2 Entrevista 2

Contexto da entrevista

A entrevista foi realizada no pátio do posto, em virtude de não haver sala disponível. A pesquisadora teve dificuldade de se adaptar ao local e chegou a pensar em marcar um outro horário para o contato com a mãe.

Foi percebida uma vontade e expectativa da mãe em estar falando sobre o filho; por esse motivo, decidiu-se conversar naquele momento. Foi explicado o conteúdo da pesquisa, o Termo de Consentimento Informado (anexo C) e o uso do gravador. A entrevistada cooperou com a pesquisa.

Foi percebido um constrangimento da entrevistada em relação às interferências no pátio, de pessoas, barulho, sons. Ela chegou a sugerir que o local não era adequado, pois pareceu preocupada com o fato de que o seu relato viesse a ser prejudicado. Apesar de todas as dificuldades, não pareceu retraída em falar.

Características da mãe e da família

É separada, tem 31 anos e três filhos homens. O mais velho com dez anos, o do meio com seis anos e meio, e o caçula com três anos e meio.

Ela tem o Ensino Médio Completo e trabalha como agente de saúde. Mora com os filhos em casa própria.

A mãe apresentou enurese até os setes anos e possui um irmão que foi enurético até 15 anos.

Características da criança enurética

Tem seis anos e meio, é do sexo masculino. A mãe comenta que o filho controlou a urina com um ano e três meses. No treino de controle dos esfínteres a mãe utilizou o penico.

Com um mês de vida, apresentou asma e teve várias crises que o levaram a ser hospitalizado. Toma medicamento controlado. A primeira internação aconteceu quando tinha dois anos. A partir dessa ocasião, não conseguiu

controlar a urina e voltou a usar fralda. Aos três anos e meio, parou de urinar e voltou a fazê-lo um tempo depois.

Nesse momento, a criança urina na cama, em média, três dias na semana, sendo duas vezes por noite. Quando dorme até mais tarde, urina durante o dia também, mas é esporádico. Apresenta enurese noturna secundária. Sente vergonha de “molhar a cama” e incômodo com o cheiro da urina.

A mãe comenta que o filho urina na cama quando está próximo de uma crise asmática, quando a temperatura do ambiente muda e quando apresenta um abatimento emocional. A respeito desse último, a mãe esclarece que ocorre quando a criança fica muito tempo sem ver o pai. Ela acrescenta que, quando o filho vai passar uns dias na casa do pai, o “molhar a cama” é menos freqüente. A criança dorme no quarto com a mãe.

Cuidados diários com o filho

Diariamente tem o hábito de levar o filho ao banheiro, antes de dormir e no meio da noite. Evita que o filho tome muito líquido à noite. Além desses cuidados, ela conversa com o filho e orienta-o para que não urine na cama. Ela diz que tenta fazê-lo entender que tem seis anos e que já não é mais nenê. Cita como exemplo o fato de que já urinou na cama, quando era criança, com o intuito de demonstrar que ele vai conseguir o controle da urina.

A criança apresenta iniciativa de realizar o seu cuidado pessoal, e algumas vezes, ao sentir-se incomodado com o cheiro de urina, levanta, toma banho e troca de roupa.

Vivências emocionais da mãe e da família

Sente-se frustrada por não ter o que fazer para ajudar o filho e explicou que suas orientações e cuidados diários são as únicas coisas a fazer no momento. A frustração está ligada ao fato de saber que o filho tem vergonha e sente incômodo por urinar na cama.

Comenta que sabe o quanto é difícil, mas que tem certeza de que o filho conseguirá obter controle, assim como foi com ela. Percebe que o filho,

quando urina, não tem consciência disso. A esse respeito ela fala: “ Acho que é involuntário mesmo. Acho que a criança não consegue, (...) não tem controle mesmo ”.

Relata ser compreensiva; contudo, algumas vezes, perde o controle e fica brava, a ponto de ser bem enérgica com o filho, embora não tenha o hábito de bater na criança. Demonstra sentir estresse, cansaço, pois comenta que é difícil manter o lado emocional preparado para entender e dar carinho ao filho.

Ela entende que o filho precisa amadurecer psicologicamente e levanta a hipótese de que a enurese do filho seja de ordem emocional. A esse respeito, ela comenta: “Porque eu, (...) pelo que eu percebo, vai muito assim, de causa emocional mesmo, do emocional dele”.

Em casa ela diz que o relacionamento entre os irmãos é bom, apenas relata que tem dificuldade com o filho mais velho, uma vez que ele tira sarro do irmão menor por causa da enurese.

Outro aspecto apontado pela mãe é o fato de o filho demonstrar tristeza com a situação de separação dos pais. Ela percebe que o filho fica com aspecto abatido por não ter o pai próximo. O comportamento do filho ficou diferente após a separação dos pais, como descreve a mãe:

Eu acho que o que causou mesmo nele, é que ele sempre foi assim (...) uma pessoa bastante apegada ao pai dele né . Aí depois que a gente se separou, ele ficou bastante emotivo, ficou uma criança mas (pausa) como eu posso dizer, ele apesar de ser bastante alegrinho assim, ele é mais carismático, mais carente né.

Tipo de ajuda procurada

A enurese do filho era vista com normalidade e não causava preocupação à mãe. Há um ano percebeu, então, que o filho podia ter algum problema.

Pensou em procurar uma ajuda psicológica para o filho, pois percebe que ele tem algumas questões emocionais que precisam ser trabalhadas, a fim de que amadureça e aprenda a enfrentar o problema da urina.

Dificuldades encontradas na ajuda ao filho

Um aspecto é o trabalho de ter que lavar as roupas que o filho suja e sentir dificuldade quando o colchão fica molhado de urina, já que o filho dorme junto com ela.

Outro ponto é o fato de ter que lidar com o filho mais velho, por ele tirar sarro do irmão. Ela diz que tenta corrigir e explicar que, em vez zombar, ele deveria compreender e ajudar o irmão.

Aspectos sociais envolvidos

Não foi procurar ajuda para o filho, devido às atribuições do dia-a-dia, mas demonstra um desejo de que o filho tenha um acompanhamento psicológico, já que acredita que esse tipo de ajuda possa ser positiva.

Comenta que várias mães passam pela mesma situação e, apesar de tudo, ela ainda se vê numa posição melhor frente a outras famílias. Segundo ela, a maioria dos pais não tem informação e nem noção de higiene e há crianças que vão para a escola com cheiro de urina.

Impressões da pesquisadora

A entrevistada estava motivada a conversar, pois percebeu que a pesquisadora estava disposta a ouvi-la. Não foi observada ansiedade ao relatar a enurese do filho.

Ela pareceu estar bem informada sobre o comportamento do filho e os problemas de saúde que ele apresenta. É curiosa, procura estar informada sobre assuntos que dizem respeito à saúde na infância, a fim de compreender o filho. A esse respeito, ela diz que sempre busca saber um pouco além da informação do médico, já que acha importante entender o que ocorre com os filhos.

O depoimento foi objetivo, a fala coerente e sucinta. Demonstrou entender os objetivos que norteavam a pesquisa e, em nenhum momento, desviou do tema.

Nesse dia, foi percebido o quanto é complicado fazer pesquisa em instituições públicas, onde não há um lugar adequado para realizar as entrevistas.

Foram constatadas dificuldades que podem surgir como: a falta de um espaço reservado e a necessidade constante de se adaptar a essa situação. De certa forma, a pesquisadora sentiu-se impotente devido à impossibilidade de mudar esse contexto.

Síntese compreensiva

A entrevistada revelou preocupação e cuidado com o filho. Mostrou-se informada e atenta a qualquer assunto ligado ao filho, parecendo ser uma mãe zelosa, protetora e carinhosa. Merece destaque a dedicação diária para atender as necessidades do filho. Ao mesmo tempo, sinaliza que é árdua a tarefa de se manter sempre pronta emocionalmente para lidar com o filho.

Por vezes, confessa sentir cansaço, estresse, e até perder o controle com o filho. Na sua percepção diária, não acredita que a asma seja o motivo da enurese, mas descreve que a asma pode deixar o filho mais frágil emocionalmente. Ela baseia-se na hipótese de fatores emocionais subjacentes à enurese e entende que há necessidade de investigar tais fatores.

Outros aspectos presentes dizem respeito ao contexto familiar, à separação conjugal, e à falta de apoio e compreensão do filho mais velho.

O que se pôde perceber está relacionado à forma como ela descreve os cuidados e zelos com o filho, a necessidade que ela tem de demonstrar o quanto está atenta e informada sobre o assunto da enurese e da asma do filho, ou seja, apontar quanto conhecimento tem. Isso pode indicar que ela precise utilizar a supervalorização na fala como um ponto de apoio para que outros aspectos intrínsecos não possam ser percebidos, como por exemplo, demonstrar agressividade, fraquezas, falhas, e a impotência diante da vivência com o filho ou em relação ao contexto familiar.

Nessa situação, o conflito parece ser a dificuldade de se aceitar como mãe que cuida, é carinhosa, orienta mas, em determinadas situações, também pode se revelar desapegada, agressiva e cansada.

Seria interessante que essa mãe reconhecesse o interesse, que parece latente, no desenvolvimento de outras atividades, que não apenas a preocupação e o cuidado com os filhos. Possivelmente, um trabalho mais amplo na comunidade parece ser um dos planos comentados pela entrevistada.

Acredita-se que é uma pessoa comprometida com os deveres de mãe, esclarecida sobre os aspectos que podem dificultar sua vida diária e engajada com o trabalho que presta na área de saúde comunitária. A sugestão mencionada acima pode ajudar o filho a estabelecer autonomia e aprender a lidar com as suas dificuldades, como no caso o controle da urina. Entende-se que a enurese apresentada por essa criança é temporária, já que a mesma apresenta iniciativa própria de cuidar de sua higiene.

3.1.3 Entrevista 3

Contexto da entrevista

A entrevista foi realizada na sala de GO (Ginecologia e Obstetrícia). Ao entrar, a entrevistada perguntou se a pesquisadora não iria lhe fazer perguntas mediante um questionário. Segundo a mãe, essa seria a melhor forma de contribuir com a pesquisa. Foi explicado que ela poderia ficar à vontade para falar do problema do filho e de como é a vivência com ele. Observou-se, nesse primeiro momento, que a mãe parecia nervosa e não sabia como iniciar a fala.

Foi explicado o conteúdo da pesquisa, o Termo de Consentimento Informado (anexo C) e foi perguntado à mãe sobre o uso do gravador. Percebeu-se um constrangimento dela em falar na presença do gravador, apesar de ter concordado com o uso do mesmo.

Alguns cuidados foram tomados, a fim de que diminuísse a ansiedade da mãe. Primeiro, perguntou-se novamente sobre a possibilidade de usar o gravador, já que foi esclarecido que não haveria nenhum problema, caso ela não concordasse. Logo em seguida, após a mãe ter aceitado, o gravador foi colocado numa posição em que a entrevistada não o visse.

Outro fator foi o barulho na sala ao lado e as interferências na própria sala onde a entrevista se realizava. Como a sala era de GO, algumas vezes o profissional batia à porta e pedia para pegar algum objeto. Essa situação deixou a mãe ainda mais tensa e foi percebido o receio de que alguém ouvisse o que estava falando. Durante alguns minutos, constatou-se que o relato estava ficando

comprometido e um tanto disperso. Por esse motivo, houve necessidade de fazer, em alguns momentos, pontuações que norteassem o eixo do que estava sendo relatado, a fim de que a mãe se sentisse mais tranqüila. Esses cuidados deixaram a entrevistada mais segura e desenvolta.

Características da mãe e da família

Tem 31 anos, é amasiada há 11 anos. Resolveu morar com o marido depois de um mês de namoro. Nessa circunstância, já estava grávida do primeiro filho. Comentou que a decisão foi de ambos e não uma pressão da família.

Tem três filhos, dois meninos e uma menina. A mais velha tem 11 anos, o filho do meio tem nove e o caçula tem quatro anos. Ela descreve que planejou o terceiro filho junto com o marido. Contudo, a gestação foi complicada, pois ela apresentou sangramento e necessitou ficar de repouso.

Tem o Ensino Fundamental e trabalha na secretaria de uma escola pública. Relata que ganha pouco e que não está compensando permanecer nesse emprego, motivo pelo qual tem procurado outro serviço. O trabalho para a entrevistada é muito importante, pois quando fica em casa, sente-se muito nervosa. Trabalha desde os 12 anos, uma vez que sempre preferiu ter o próprio dinheiro a ter que depender apenas da família.

O marido é serralheiro. A família mora em casa própria, mas ainda está pagando as prestações. Tem carro e outros utensílios domésticos.

A entrevistada apresentou enurese até os oito anos de idade.

Características da criança enurética

Tem quatro anos, é do sexo masculino. A criança controlou os esfíncteres com dois anos e meio. Voltou a urinar na cama há oito meses, em média, cinco vezes por semana. Apresenta enurese noturna secundária.

Na casa, há um quarto para os três filhos, mas a criança que está sendo citada não tem cama; ou dorme com os irmãos ou deita num colchão no chão. Frequentemente, prefere dormir no quarto dos pais. Apresenta comportamento de birra e sente ciúme dos pais quando estão juntos. Raramente

fica doente, pois tem uma saúde boa. A mãe comenta que, algumas vezes, o filho toma mamadeira à noite.

Não frequenta escola e, quando a mãe sai para trabalhar, a criança fica sob os cuidados dos irmãos.

Cuidados diários com o filho

Os hábitos diários são: levar o filho ao banheiro para urinar, evitar que tome líquido à noite e trocar a roupa dele quando está molhada. Também conversa com o filho, para que ele não urine na cama. Algumas vezes, ela e/ou o marido ameaçam que vão bater no filho, se o mesmo urinar. Contudo, explicam que não tomam essa atitude.

Quando a criança dorme na cama com os pais, algumas vezes eles precisam levantar para tomar banho e/ou trocar de roupa, pois a urina do filho chega a molhá-los. Ela demonstra preocupação em trocar as roupas do filho, para que o mesmo não fique molhado e não sinta frio.

Vivências emocionais da mãe e da família

Sente-se incomodada com a sensação de estar molhada, de ter que levantar à noite para trocar de roupa e/ou tomar banho. Relata que tem o sono prejudicado por essa situação e que raramente dorme a noite inteira.

Descreve que tem muito trabalho, uma vez que tem que lavar lençol, coberta, colchão e roupas. Acha que a situação do filho é normal, não demonstra preocupação, mas comenta a possibilidade de o filho ter se acostumado a urinar por ela não ficar brava.

Outro aspecto comentado é o comportamento de birra do filho e o fato de ele sentir ciúmes do casal, o que é descrito pela mãe como uma forma de chamar atenção. Ela também confessa que dá mais atenção a este filho, que é o caçula, do que aos outros.

No convívio familiar, a mãe comenta sentir-se mais comprometida com a educação e os cuidados com os filhos, do que o marido. Queixa-se de que o marido é ausente, não participa das decisões e questões familiares e não dá apoio a ela.

Por outro lado, recebe ajuda da filha mais velha, que divide com ela as tarefas da casa e o cuidado com os irmãos mais novos.

Foi observada a sensação de não ser compreendida pelos filhos e pelo marido. A esse respeito, a mãe fala que tenta ensinar o certo e que os filhos fazem o contrário do que ela diz. Quanto ao marido, comenta que não há acordo entre eles quanto à educação dos filhos. Ela fala que os filhos recorrem mais ao pai e, por isso, tem a impressão de ser considerada ruim para os filhos, embora reconheça que o marido é um excelente pai.

Outra vivência da mãe diz respeito ao receio de deixar os filhos sozinhos enquanto trabalha, pois tem medo que aconteça algo, já que eles são muito ativos.

Também foram relatados conflitos conjugais, uma vez que ela está passando por uma fase complicada no casamento. Está decepcionada com alguns comportamentos do marido, tem dúvidas com relação ao que sente por ele e o fato de não ter efetivado o casamento perante um juiz deixa-a muito insegura. Ela dá indícios de que esses fatores contribuem para o desentendimento com o marido e acha que a relação conjugal deva afetar o emocional dos filhos.

Tipo de ajuda procurada

Não pensou em procurar ajuda profissional para lidar com a enurese do filho, já que não tem preocupação com o fato de o filho urinar na cama. Para ela, o filho está numa idade que dispensa maior atenção.

A mãe comentou que buscou ajuda psicológica para si há alguns anos. Ela explicou que, ao conversar com o psicólogo, refletiu e entendeu que seu casamento não estava bem, mas não continuou com a psicoterapia.

Dificuldades da mãe na ajuda ao filho

A dificuldade encontrada pela mãe está relacionada à tarefa de lavar roupas, lençóis e colchão, a cada vez que o filho urina. Não foi percebido nenhum comportamento discriminativo dos outros filhos e do marido com relação à enurese. Outra referência foi quanto ao comportamento de desobediência dos filhos.

Aspectos sociais envolvidos

A mãe está insatisfeita com a situação econômica, queixa-se de que o dinheiro que ganha é para custear as despesas e contas da família. Este fato deixa-a apreensiva, já que impede o lazer.

Ela comentou que outras mães têm problemas semelhantes, ou até maiores, e mostrou o quanto a troca de idéias e opiniões, entre as mães, é importante.

Impressões da pesquisadora

A entrevistada parecia nervosa a respeito do que deveria falar, com receio de que alguém estivesse ouvindo a conversa. Estava inquieta e pouco comprometida com o que dizia, demonstrando insegurança de estar na sala, comentando sobre suas vivências, sugerindo, portanto, uma dificuldade de lidar com essa sensação.

A pesquisadora sentiu que deveria intervir, a fim de estabelecer um vínculo com a mãe, na tentativa de diminuir a angústia da mesma. Parece que a entrevistada sentiu um mal-estar em consequência da situação da entrevista, acrescido das interferências na sala. Além disso, demonstrava falta de confiança na pesquisadora, o que foi constatado através do comportamento resistente e da dificuldade de estabelecer um vínculo.

Para a pesquisadora, a entrevista foi difícil, uma vez que necessitou trabalhar aspectos em si própria, com relação ao desconforto de estar numa situação limitada quanto aos aspectos físicos e para a qual ela se sentia impotente. Outro aspecto foi a insegurança projetada pela entrevistada com relação a sua conduta de profissional/pesquisadora. É como se a mãe indagasse se a pesquisadora estava pronta para acolher suas angústias, seus problemas com o filho. A principal dificuldade foi ter que lidar com esses fatores, em poucos instantes, para que os mesmos não comprometessem o relato da mãe e o estabelecimento do vínculo entre ambas.

Decidiu-se intervir, também, entre os profissionais, para que eles entendessem que não podiam perturbar a sala enquanto estava com a mãe. Essa atitude foi tomada na intenção de que as pessoas atentassem para a presença e

o trabalho da pesquisadora na instituição, já que havia sido verificada a disponibilidade da sala anteriormente.

Síntese compreensiva

De início, é importante comentar a dificuldade da mãe no vínculo com a pesquisadora. Ao comentar sobre o problema do filho, ela pareceu ansiosa e não sabia como e do que falar. Tudo a incomodava: o gravador, as interferências na sala, os barulhos. Havia um desprendimento quanto aos conteúdos relatados, pode ter sido a forma que a mãe encontrou de não entrar em contato com aspectos internos que, possivelmente, poderiam acarretar angústia. Contudo, essa situação inicial foi transposta mediante a intervenção e os cuidados realizados pela pesquisadora. Os aspectos citados pela mãe dizem respeito à enurese do filho, ao ciúme do casal, a conflitos pessoais, à situação familiar e a problemas conjugais.

Com relação à enurese, parece que não há uma preocupação maior em tomar atitudes mais sérias com o filho. A idade da criança é o fator que determina esse posicionamento da mãe de não ter buscado ajuda, mas é presente o incômodo com a urina do filho e a dificuldade de ter que lavar roupas, lençóis e colchas diariamente. Além disso, há o cuidado com sua higiene pessoal, já que a urina do filho chega a molhá-la.

A mãe esclarece nesse trecho:

Então essa sensação de tá tudo mijado, às vezes, se dorme com a gente já faz na gente também, aí tem que ficar (...) tomar banho de manhã, todo mundo toma mesmo, mas aí de madrugada, sê fica toda molhada, sê tem que levantar, tomar banho e incomoda.

A enurese pode ser um recurso utilizado pela criança para ter o amor dos pais. Pode também assinalar uma agressão a esses pais, quanto ao fato de os mesmos terem tirado o lugar dela (ela não tem cama e espaço próprio na casa). A esse respeito, observa-se que a urina tem o alcance de molhar os pais e, além disso, há indícios de haver uma ligação fusional entre mãe e filho, o que pode ser notado quando a mãe relata que mantém o filho dormindo na sua cama.

Também é citado o fato de o filho sentir ciúmes do relacionamento conjugal, o que pode assinalar aspectos presentes de um conflito edipiano.

Tais questões podem significar que ambos, mãe e filho, utilizam esses recursos a fim de manter a situação de dependência mútua, ou seja, a mãe não permite que o filho cresça e o filho, por sua vez, faz manobras para ficar com os pais.

Acerca dos aspectos pessoais da mãe, foi observada ansiedade ao entrar em contato com suas dificuldades, seus problemas, o que faz com que ela tenha um comportamento disperso, como se aquilo que ela falasse não tivesse importância alguma, uma vez que a fala é rápida e o discurso confuso.

Outro ponto remete ao relacionamento conjugal que, segundo a mãe, está difícil, sobretudo por estar interferindo na relação com os filhos, ou até mesmo no emocional deles. A dificuldade apresentada pela mãe diz respeito ao receio de não ser compreendida e aceita pelas crianças. Ela se sente como uma figura “ má” no contexto familiar. Essa fantasia pode ser entendida como o medo que a mãe tem de ser aquela que ameaça, que destrói o amor dos filhos, enquanto o pai, por sua vez, é considerado a figura compreensiva e amável.

Entende-se que essa mãe apresenta uma dificuldade de elaboração das angústias, já que ela fica presa às emoções e não consegue agir. O filho, possivelmente, ao urinar na cama, faz emergir os conflitos internos da mãe. Seria interessante que ela buscasse uma ajuda psicológica.

3.1.4 Entrevista 4

Contexto da entrevista

A conversa com a mãe iniciou-se na sala da coordenação e terminou na cozinha. Ocorreu que, após uma hora e meia, houve necessidade de deixar a sala, já que a mesma precisou ser ocupada pelo médico para consultas.

Foi explicado o objetivo da pesquisa, o Termo de Consentimento Informado (anexo C), para que assinasse, e o uso do gravador.

A mãe parecia disposta a contar o que estava acontecendo com a filha sem nenhum embaraço.

Características da mãe e da família

Tem 32 anos, casada, tem três filhos, um menino e duas meninas. A mais velha tem dez anos, o filho do meio sete e a filha caçula cinco anos. Estudou até a Quarta Série do Ensino Fundamental e está desempregada.

O marido tem 43 anos e está desempregado. A entrevistada relatou que o marido era alcoólatra e que, por isso, ficaram separados durante um ano. No momento, estão juntos novamente e o marido está em tratamento de alcoolismo.

A entrevistada tinha epilepsia quando criança, e usou medicamentos controlados até os 13 anos de idade. Foi enurética até 12 anos e sua mãe também urinou na cama até os 15.

A família é natural da Bahia e apenas os filhos são de Campinas. Moram nesta cidade há 20 anos. A participante mora num quarto da casa da mãe com os três filhos e diz que na casa ainda moram a avó e alguns parentes da mãe. O pai trabalha como pintor e a mãe é auxiliar de limpeza.

Características da criança enurética

Tem dez anos, é do sexo feminino. Urina na cama todos os dias à noite. Anteriormente, urinava também durante o dia, mas esse fato não é mais freqüente. A mãe ficou sabendo disso, quando foi chamada à escola da filha. Segundo a mãe, a filha não segurava a urina e acabava molhando a roupa.

Por esse motivo, levou a filha ao hospital da PUC, para que a mesma fosse atendida por um médico. Foram feitos exames de ultra-som, sonda, sangue e urina. Não foi diagnosticado nenhum problema funcional. Mesmo assim, iniciou-se um tratamento à base de medicamentos. O médico receitou dois remédios, dos quais apenas um é distribuído pelo SUS. Diante disso, a mãe manteve o tratamento com apenas um medicamento, uma vez que não tinha condições de comprar o outro.

Conforme a mãe afirma, a menina continuou urinando, sem controle. Observou-se também que a criança apresentou, após um tempo com a medicação, baixo rendimento escolar, depressão, crises de choro e mudança de

comportamento. A mãe achou que era consequência do remédio e decidiu suspendê-lo.

Como mora perto do Centro de Saúde do Parque Floresta, resolveu passar pela pediatra e explicar o problema da filha. A médica esclareceu que a mãe poderia realizar o tratamento da filha naquele local. No momento da entrevista, a criança tinha sido encaminhada para refazer todos os exames.

A enurese verificada na criança é do tipo noturna primária. Tem vergonha de urinar na cama e fica nervosa com os irmãos, quando caçoam dela. Outro aspecto é que tem sonambulismo noturno e fala dormindo.

Enquanto a mãe estava separada do marido, a filha ficou muito triste, já que a mesma é muito apegada ao pai e falava sempre no pai.

A menina, assim como os irmãos e os pais, dormem no mesmo cômodo, na casa da avó.

Cuidados diários com o filho

A mãe diz que, enquanto a filha urinava durante o dia, precisou explicar o problema para as professoras, a fim de que a filha pudesse ir ao banheiro quando sentisse vontade, já que a mesma não controlava e urinava na roupa.

A mãe tem o cuidado de levar a filha ao banheiro antes de dormir e evita que ela tome líquidos à noite. Também conversa com a filha e mostra que ela já está ficando mocinha e que tem que fazer um esforço para não urinar na cama.

A mãe comenta que, mesmo com esses cuidados, na maioria das vezes, a filha ainda urina. Faz parte, também, lavar as roupas, os lençóis e colocar o colchão ao sol.

Vivências emocionais da mãe e da família

Há uma preocupação quanto à falta de controle urinário e uma angústia quanto ao fato de não saber o que acontece com a filha, já que não foi constatado nenhum problema físico ou orgânico, nos exames clínicos realizados.

Outra apreensão da mãe é com o rebaixamento escolar da filha e o comportamento depressivo. Segundo a mãe, a menina está mais quieta, chora

muito e não conversa. Ela comenta que talvez o motivo de a filha estar assim, seja consequência do remédio, que depois acabou suspendendo.

Fica chateada ao ver a filha urinando todos os dias. Também demonstra sentir-se brava com o mau cheiro provocado pela urina. Ultimamente, tem tentado se controlar em vez de reclamar ou brigar com a filha. Comenta que não bate na filha, pois acha que ela é uma menina muito comportada e obediente.

No relato também foi verificada a separação do marido durante um ano. Segundo a entrevistada, estava ficando difícil conviver com o marido já que o mesmo não assumia responsabilidades dentro de casa. Também ficava muito constrangida de os filhos presenciarem o pai alcoolizado. O problema conjugal é visto como uma das possibilidades da mudança de comportamento da filha, além dos remédios.

Outro assunto comentado é o fato de não ter uma casa para viver com a família. Não se sente à vontade em morar na casa da mãe e demonstra expectativa de morar em uma casa com a família. Ela sente que os filhos gostariam de ter um espaço com mais privacidade.

O relacionamento com o filho é complicado, pois o menino é ativo, desobediente e agressivo com as irmãs. A mãe comenta que, às vezes, não sabe o que fazer.

A filha caçula é a única que reclama do fato de a irmã urinar na cama. O pai não se manifesta com relação à urina da filha.

A respeito da filha, a mãe comentou que, enquanto estava separada, ela estava mais nervosa, chorava muito e sentia a falta do pai. No momento, a mãe reatou com o marido e diz que diminuíram os sintomas depressivos da filha que está mais alegre. Na escola, a mãe diz que o comportamento da filha é bom, e que é querida por todos.

Com relação à mãe da entrevistada, observa-se que a mesma tem um bom relacionamento familiar e parece ser boa avó.

Tipo de ajuda procurada

Quando a mãe percebeu que a filha não tinha controle da urina, foi procurar ajuda médica. A mãe comentou sobre a preferência de iniciar o

tratamento da filha no Centro de Saúde do Parque Floresta, já que é próximo de casa.

Dificuldades encontradas na ajuda ao filho

Parece não gostar do mau cheiro que a urina provoca. Apresenta outras dificuldades que se referem ao contexto familiar, ao relacionamento conjugal, às preocupações com os filhos, à necessidade de ter uma casa e a questões econômicas.

Aspectos sociais envolvidos

É relatada a dificuldade econômica, já que a entrevistada e o marido estão desempregados e não têm condições de sustentar a família.

A família vive atualmente na casa da mãe da entrevistada, pois não podem comprar uma casa e os pais da participante ajudam nas despesas de sua família. Demonstrou um desejo de ter o próprio lar.

Impressões da pesquisadora

A mãe sentiu-se à vontade para falar do problema da filha. Foi observado que a fala era rápida e, algumas vezes, foi necessário fazer interrupções, a fim de esclarecer o que a mãe queria dizer. A linguagem era precária, quanto às normas da língua portuguesa. Foram percebidas várias repetições no discurso, o que pareceu indicar uma certa ansiedade e necessidade de falar.

Síntese compreensiva

De início, o que se pôde apreender da dinâmica da mãe relaciona-se à fala. Foi evidenciada uma necessidade de verbalizar sem, no entanto, perceber qual a prioridade naquele momento. Não se detinha em um único assunto e o discurso era incoerente.

Ocorreu uma espécie de “descontrole na fala”, que parece sinalizar para a dificuldade da mãe em dar continuidade a algum assunto, já que a mesma mudava de tema rapidamente. Entende-se que faltam recursos internos para trabalhar com os conteúdos que estavam sendo ditos, ou seja, não há elaboração psíquica. Foi percebida não apenas uma pobreza psíquica, mas, sobretudo, uma pobreza cultural e de linguagem.

A respeito da enurese da filha, a mãe tem uma expectativa de que alguém dê um diagnóstico, indique uma forma de tratamento para acabar com as dúvidas e solucionar o problema da falta de controle na urina. O relacionamento com os filhos parece ser difícil e a mãe descreve que chega ao ponto de perder o controle e castigá-los.

No contexto familiar, foi constatada insatisfação com relação a estar morando na casa da mãe. Possivelmente, essa situação provoque um “mal-estar” interno na mãe. No entanto, não é percebida a iniciativa de procurar emprego ou de melhorar de vida. Ela dá indícios de estar acomodada com a circunstância.

Um aspecto que deve ser investigado diz respeito à relação com a mãe, que parece ter conteúdos primitivos, que remetem a uma possível ligação de dependência com a mãe. Também é percebida a ausência do pai na fala.

A entrevistada dá sinais de que parece estar confusa quanto aos papéis de mãe e de filha, ou seja, quando tem que ser mãe e quando tem que ser filha. Ao conviver com muitas pessoas na casa, parece não perceber que formou uma família e que, portanto, tem que desenvolver um senso de responsabilidade e atenção a essa formação. Possivelmente, a educação dos filhos é desempenhada pela avó. Também está presente o fato do alcoolismo do marido, que parece dificultar a situação da mãe que tem que arcar com as funções de cuidar e educar os filhos, já que não pode contar com o apoio do marido.

Não há como evidenciar o que possa estar causando a enurese na menina, mas há que se considerar todo o contexto familiar no qual está inserida e investigar melhor alguns conteúdos trazidos no relato da mãe que dizem respeito à história de saúde da menina, à falta de um espaço privado para a família, à separação conjugal temporária, ao conflito com os irmãos, e ao alcoolismo do pai. É importante que a mãe refaça os exames clínicos pedidos pela pediatra a fim de investigar os problemas orgânicos ou físicos que porventura favoreçam a enurese. Em caso afirmativo, é essencial que continue o tratamento da filha.

A conversa pareceu amenizar a angústia sentida, a princípio, pela mãe, pois a mesma pôde verbalizar e ser ouvida. Percebe-se a necessidade de estar trabalhando as dificuldades pessoais da mãe e estar dando uma atenção à filha.

3.1.5 Entrevista 5

Contexto da entrevista

A entrevista foi realizada na sala de GO (Ginecologia e Obstetrícia). A mãe estava acompanhada dos dois filhos. A princípio, a pesquisadora perguntou para o filho mais velho se ele não queria brincar fora da sala, mas ele não concordou. O outro filho estava mamando no colo da mãe e permaneceu assim durante todo o tempo em que a mãe esteve conversando.

Foi explicado o conteúdo da pesquisa, o Termo de Consentimento Informado (anexo C), e a possibilidade do uso do gravador.

A mãe parecia confortável com a presença das crianças. Mas estava preocupada e atenta aos movimentos dos filhos. A conversa foi longa, já que o filho mais velho interrompia a mãe para falar com ela, além de estar inquieto na sala

Características da mãe e da família

Tem 38 anos, casada há seis anos, tem dois filhos homens. O mais velho tem três anos e meio, e o mais novo um ano.

Tem o Ensino Médio Incompleto, não tem emprego, apenas cuida dos filhos e da casa. O marido é eletricista. Mora em casa própria com a família. Os filhos dormem no mesmo cômodo dos pais, que é separado por uma cortina, e cada um tem sua própria cama.

A entrevistada foi enurética quando criança.

Características da criança enurética

Tem três anos e meio, é do sexo masculino. Controlou os esfíncteres com um ano e meio. Voltou a “molhar a cama” depois que o irmão nasceu. Urina todas as noites, várias vezes. Apresenta enurese noturna secundária.

A mãe comenta que tenta colocar a fralda, para que o filho não se molhe, mas a criança rejeita. Como já foi citado, todos dormem no mesmo quarto, pois a mãe explica que essa é a forma de ficar atenta aos filhos.

Segundo a mãe, o filho é inteligente e ativo, e tem uma saúde boa.

Cuidados diários com o filho

As condutas diárias são: tenta pôr a fralda no filho, troca as roupas dele quando estão molhadas, forra o colchão e/ou coloca-o ao sol quando está molhado.

Como a criança urina várias vezes à noite, troca, em média, cinco lençóis por noite. Tenta conversar com o filho para que o mesmo pare de urinar.

Esclarece que sabe o momento em que o filho começa a urinar, por volta da meia noite, ou quando está se movimentando muito na cama. A preocupação da mãe quanto aos cuidados é não deixar que o filho fique molhado ou sinta alguma friagem durante a noite.

Vivências emocionais da mãe e da família

O relato da mãe diz respeito à preocupação com o ciúme que o filho tem do irmão, à incerteza quanto ao motivo da urina diária, e quanto ao que fazer para o filho parar de urinar.

Ela demonstra estar muito triste e angustiada por não saber como lidar com essa situação, conforme o trecho: “A gente fica triste porque é uma coisa que a gente não quer vê isso com o filho”

Comenta que já recorreu a simpatias, mas que não deu certo. É percebido um pedido de ajuda para lidar com esse fato da urina.

O cuidado e atenção constantes da mãe para que o filho mantenha-se limpo e seco é outro ponto importante. É observado um sentimento de frustração,

quando a mãe constata o filho molhado, com cheiro de urina, fato descrito com hostilidade, como neste fragmento: “ E o pior que é aquele xixi forte, aquele fedor de noite. Os panos...hum.....”

Relata que também urinou na cama e o filho traz a lembrança dessa época. Ela confessa que nunca comentou com o marido sobre isso, pois sente vergonha.

Segundo a mãe, o filho voltou a urinar depois do nascimento do irmão. O relacionamento entre eles é bastante difícil e, no começo, já durante a gravidez, o filho rejeitava o irmão. Como descreve:

Foi um pouco difícil, porque, às vezes, o neném ficava mexendo na minha barriga, aí eu falava pra ele né, ele ficava nervoso. Ele ficava nervoso, ele não aceitava né, o neném na minha barriga.

Após o nascimento, a situação agravou-se, pois houve rivalidade e ciúme, como relata: “ Só que depois que ele nasceu, eu também sofri muito né, porque ele ficou muito enciumado”.

Conforme a entrevistada, há disputa pelos brinquedos, pela alimentação, pelo espaço na casa, pela atenção e pelo amor dos pais. Essa situação é vivida com muita dificuldade pela mãe. Ela comenta que o nascimento do filho talvez tenha sido o motivo da volta do comportamento de urinar na cama.

O relacionamento familiar é bom, a relação com o marido é harmônica e na base de diálogo. Segundo ela, o comportamento do casal dá um bom exemplo para os filhos. Há uma preocupação da mãe quanto à educação, saúde, alimentação e futuro dos filhos.

Tipo de ajuda procurada

Procurou a pediatra do Centro de Saúde para consultar os filhos. Comentou que não buscou ajuda para a enurese especificamente.

A entrevistada comentou que procurou outras formas de tratamento como por exemplo, a simpatia, mas o marido sugeriu que a mulher não permanecesse com essa crença em superstição. Foi perguntado à pesquisadora sobre a possibilidade de um remédio para curar a enurese do filho.

Dificuldades encontradas na ajuda ao filho

É percebido um certo constrangimento e receio quanto à saída da família para passeios, ou visitas familiares, já que o filho pode urinar na cama. A mãe demonstra aflição quando pensa no que as pessoas vão comentar sobre o filho pois há dificuldade de lidar com possíveis comentários de outras pessoas sobre essa situação do filho.

Outro ponto seria o trabalho de lavar os lençóis que o filho suja.

Aspectos sociais envolvidos

Foi mencionado que a família está passando por algumas contenções de despesa, devido à construção da casa. Por esse motivo, os pais não têm condições de colocar o filho numa escola. Tentou matricular o filho na creche, mas não havia vaga.

Impressões da pesquisadora

A mãe pareceu bastante tranqüila durante a entrevista e, em nenhum momento, foi observada impaciência com a presença das crianças.

Seu discurso era coerente e tinha clareza de expressão. Contudo, a linguagem era insuficiente quanto às normas gramaticais.

Não foi percebido nenhum constrangimento da mãe ao contar sobre a enurese do filho, já que o mesmo estava com ela. Por outro lado, o filho estava atento ao que a mãe falava e, algumas vezes, tentava chamar sua atenção.

Síntese compreensiva

Foi percebida uma tranqüilidade em relatar a situação do filho, mas o emocional da mãe pareceu abalado, já que ela deu indícios de que precisa de ajuda para lidar com o ciúme que o filho tem do irmão e com a falta de controle da urina.

Outro aspecto é a insegurança e a ameaça que a urina do filho provoca na mãe. Ela parece sentir medo de que, a qualquer momento ou em qualquer lugar, o filho a surpreenda com a sua urina.

O mau cheiro da urina também é apontado. Esse mau cheiro pode significar um “mal estar” dessa mãe, com relação à situação vivenciada com o filho. Parece sentir vergonha de o filho urinar na cama, já que tem receio de que as pessoas saibam desse acontecimento, pois não sabe lidar com os possíveis comentários. O fato de ter sido enurética quando criança é vergonhoso e ainda é desconhecido pelo marido.

Outro ponto é a condição de estar deparando com as próprias angústias e limitações na ajuda ao filho. Em vários momentos, ela demonstra insegurança e dúvidas quanto a suas atitudes no auxílio ao filho. Foi constatado que ela ainda não iniciou o desmame do filho mais novo. Também mencionou que, às vezes, precisa dar o peito para o filho mais velho, devido ao ciúme do irmão. Esses aspectos demonstram a dificuldade de apontar limites para os filhos, sendo, portanto, permissiva. É mais conveniente manter os filhos ao seu redor, protegidos, do que deixar que eles adquiram autonomia. A dinâmica da mãe parece indicar dependência e dificuldade de separação dos filhos.

A dificuldade de auxiliar o filho enurético remonta ao fato da sua própria enurese. Parece recordar que sua urina também causava mau cheiro e era vergonhosa. Isso demonstra o quanto a mãe parece repetir, com o filho, alguns padrões de comportamento de um contexto que ela vivenciou com hostilidade. É difícil pensar numa ajuda ao filho uma vez que ela não conseguiu elaborar psicologicamente essa experiência.

Seria importante que essa mãe tivesse um apoio psicológico, a fim de ser orientada a lidar com a rivalidade e ciúme do filho (esses fatores parecem estar associados ao retorno da enurese), estabelecer o desmame do filho caçula e ser ajudada na dessimbiotização com os filhos. Dessa forma, ela poderá organizar-se melhor afetivamente, principalmente com relação às suas limitações e dificuldades pessoais, que parecem influenciar a relação com os filhos.

3.1.6 Entrevista 6

Contexto da entrevista

A entrevista foi realizada na sala de Odontologia. Foi necessário organizar a sala para acolher a mãe. Não havia outro espaço, já que o Centro de Saúde estava em reforma. Foi observada uma reorganização do ambiente físico para que os profissionais se adequassem a essa situação temporária, pois houve uma demanda maior de pacientes nesse dia.

Foram explicados os objetivos da pesquisa, os procedimentos éticos e a possibilidade do uso do gravador. A entrevistada concordou em colaborar com o estudo. O contato com a mãe foi interrompido, algumas vezes, pela intensa movimentação de pessoas, além do barulho da reforma.

Características da mãe e da família

Tem 28 anos, é casada há cinco anos e tem uma filha com quatro anos. Possui o Ensino Médio Completo.

É natural de Moji Mirim, mas morava com a família em Lençóis Paulista. Mudou-se para Campinas há um ano, por motivo de transferência de emprego do marido. Comenta que sente falta da família e que não gosta de morar em Campinas. Relata que trabalhou como recepcionista num Hospital, mas está sem serviço. O marido trabalha como instrumentador de máquinas e possui o Ensino Médio Completo.

Moram na casa do cunhado, que foi cedida, já que estava vazia. Tem dois cômodos e a filha tem seu próprio quarto. Ela descreve que, na cidade onde moravam, todos dormiam no mesmo quarto e que tinha projetos de construir um quarto para a filha.

Características da criança enurética

Tem quatro anos e é do sexo feminino. Urina várias vezes à noite. A mãe comenta que ensinou com sucesso a filha a controlar a urina durante o dia,

mas queixa-se de que não consegue ajudar a filha no período noturno. Apresenta enurese noturna secundária.

Descreve que a filha aprendeu a ir ao banheiro sozinha, com um ano e meio e que nunca utilizou o penico. Põe fralda na filha desde que ela tinha três/quatro anos, no momento em que ela percebeu que a filha urinava incessantemente. A esse respeito, ela menciona que, algumas vezes, chega a vaziar urina da fralda descartável para a roupa, deixando-a molhada.

A criança usa chupeta, mamadeira e segura uma fralda desde que era bebê. A esse respeito, a mãe diz que a menina não deixa a fralda de jeito nenhum. Ela menciona que talvez seja porque sempre colocou uma fralda perto da cabeça da filha, quando ainda era nenê. A criança frequenta a escola.

Cuidados diários com o filho

Pede à filha para ir ao banheiro antes de dormir, mas comenta que é muito difícil ela concordar e, na maioria das vezes, dorme sem ter ido ao banheiro. Refere que também tenta conversar com a filha, mas acha que ela não a compreende direito.

Coloca fralda, troca a filha quando está molhada, mas não levanta todas as noites para verificar se a filha urinou. Ela descreve que, às vezes, nem dá tempo de pôr a fralda na menina, pois quando ela percebe, a filha já está urinada. Apenas é destacada pela mãe a necessidade de estar auxiliando a filha na hora de defecar. Há uma apreensão e cuidado da mãe para que a filha não fique suja.

Foi percebido que tanto a mãe como o pai preocupam-se com os cuidados diários com a filha, como: não deixar que ela permaneça molhada, pôr a fralda e verificar se a menina está precisando de algo.

Vivências emocionais da mãe e da família

A fala da mãe diz respeito à preocupação da filha por não ter parado de urinar, à frequência da urina, à idade da filha e ao receio de que seja algum problema orgânico. O discurso da mãe parece questionar se é normal a filha ainda estar urinando.

Durante a conversa, ela mostrou dúvidas quanto a esses aspectos e pareceu estar insegura e sem recursos para ajudar a filha. Também deu indícios sobre a necessidade de algumas informações para lidar com a situação.

A apreensão da mãe é motivada pela constatação de que outras crianças, da idade da filha, já controlaram a urina. É observada uma indagação constante da mãe de não saber o porquê de a menina estar urinando. Isso parece mostrar a aflição da mãe por não ter respostas precisas sobre o estado da filha.

Não foi relatado nenhum incômodo com a urina. Todo o cuidado com a filha remete à preocupação com o bem-estar, além do medo de que algo mais grave aconteça à filha.

Quanto à relação mãe-filha, a entrevistada relata que é uma boa mãe, atenta, dedicada e carinhosa. Apenas comenta que tem receio de que não saiba se comunicar com a filha, pois acha que a menina não a compreende.

Com relação ao pai, refere que a filha é mais próxima a ele, mas afirma que, apesar desse chamego com o pai, também não vive sem ela. O relacionamento do casal parece ser tranquilo e afetivo.

Tipo de ajuda procurada

Pensou em procurar um médico clínico geral para consultar a filha. O receio era de que a menina pudesse ter alguma anomalia.

A preocupação é com relação à frequência da urina noturna. A expectativa da mãe é de que algum profissional dê um diagnóstico, ou até mesmo, um parâmetro para que ela possa se organizar melhor diante das dúvidas que a afligem.

Dificuldades encontradas na ajuda ao filho

Ela comenta que as dificuldades são: ajudar no controle da urina, retirar a fralda descartável e tentar tirar o hábito da chupeta e de segurar a fralda.

Aspectos sociais envolvidos

A família parece viver bem, não houve queixas quanto à situação econômica ou de outra ordem. A entrevistada não está trabalhando no momento, apenas cuida da casa e da família. Descreve que a menina está na escola particular e que o marido trabalha numa empresa multinacional.

Impressões da pesquisadora

Foi observada uma disposição da mãe, que pareceu paciente, já que a pesquisadora necessitou esperar a sala desocupar.

A mãe parecia resistente, no começo, e demonstrava um jeito retraído. A fala era truncada, o discurso repetitivo. Algumas vezes, foi percebido o embaraço da mãe em organizar o pensamento, tendo muita dificuldade para se expressar.

Os assuntos apontados pareciam remeter a um só tema: dúvidas que ela tinha quanto à enurese da filha.

Síntese compreensiva

A fala da mãe foi permeada por uma questão: é normal ou não a minha filha urinar na cama? Qual o porquê desse comportamento?. Apesar dessa dúvida, ela não demonstrou incômodo ou tristeza pela situação da filha. Inicialmente, houve uma resistência em estar contando sobre suas vivências com a filha e uma negação dos sentimentos que a situação da filha provoca. Com o passar do tempo, ela permitiu que suas aflições fossem emergindo, uma vez que pôde verbalizar suas angústias e fracassos na ajuda à filha. Por fim, revelou o receio de que não fosse compreendida e amada pela filha, já que a menina é mais apegada ao pai.

No início da conversa, tentou mostrar-se decidida e perseverante quanto às dúvidas que tinha sobre a ajuda à filha. Parecia ter o controle sobre o que falar e sentir, o que depois se mostrou insuficiente.

Ela demonstrou estar confusa e sem recursos momentâneos para lidar com a situação. Pode-se inferir que o conflito seja permeado por conteúdos muito

arcaicos, que dizem respeito a se ver como um objeto bom ou mau, o que significa que está numa esfera de certo ou errado, fazer ou não, querer ou não, sentir ou não.

A insegurança percebida na dinâmica da mãe pode indicar uma carência e a necessidade de que alguém dê apoio para sua conduta com a filha. Pode significar também uma necessidade de aprovação e, ao mesmo tempo, o receio de ser punida ou desaprovada nos cuidados com a filha. Isso pode indicar uma situação de defesa, negando suas capacidades internas e, conseqüentemente, sofrendo com isso. Parece não acreditar nas suas potencialidades como mãe.

Também é percebida uma atitude ambivalente, quando se compara a realização do treino de hábitos de higiene prematuramente com o uso da chupeta e da fralda pela filha. Isso indica que a mãe adiantou a organização das funções corporais, favorecendo o estabelecimento da autonomia na filha mas, ao mesmo tempo, atrasou o desenvolvimento e manteve a dependência da filha, pelo uso prolongado da chupeta e da fralda. Ressalta que essa atitude se faz a nível inconsciente.

Com relação à criança, o que se pode dizer é que o urinar na cama pode ter sido reforçado na mudança de cidade e/ou diante de aspectos de ordem emocional, que precisam ser mais bem investigados. Um acompanhamento psicológico poderia ajudá-la nas dificuldades afetivas, principalmente na retirada da chupeta e da fralda que ela carrega desde que era bebê.

A mãe também necessita de uma atenção, pois demonstrou ter motivação e propensão para reconhecer as dificuldades internas. Poderá ser auxiliada nas suas vivências diárias e, dessa forma, ajudar a filha.

3.2 Síntese Geral

Contexto das entrevistas

É importante mencionar as dificuldades encontradas na realização das entrevistas, no que diz respeito à limitação do aspecto físico da instituição, ao

barulho, às interferências de profissionais durante a conversa com as mães, à construção e à ampliação de algumas salas na instituição.

Das seis entrevistas feitas, cinco foram coletadas em salas nas dependências do Centro de Saúde, sendo que a maioria foi realizada em locais diferentes, pois não havia possibilidade de ter uma sala para realizar o contato com a mãe.

Os encontros feitos para apresentar as transcrições das entrevistas tiveram maiores obstáculos e quase todos foram realizados na cozinha ou no pátio do posto, exceto um contato que se deu na sala de vacinação.

Com relação às mães, demonstraram uma atenção à pesquisa e pareciam dispostas a contribuir. Foi observada a expectativa de que a pesquisadora oferecesse ajuda psicológica e, principalmente, mostraram a necessidade de elas terem acesso a informações e orientações sobre a conduta com os filhos.

Apesar das dificuldades encontradas, as entrevistas foram tranquilas, já que as mães estavam interessadas e não interromperam o depoimento mesmo diante de tais circunstâncias.

O tempo de duração das entrevistas foi de, no mínimo, uma hora e o máximo de duas horas.

Características das crianças enuréticas

Urinam diariamente à noite, em média, quatro vezes por semana. Apenas duas entrevistadas comentaram que seus filhos nunca controlaram a urina. A maioria das crianças têm enurese noturna secundária, ou seja, aquela que retorna após um período de controle anterior.

Quanto ao sexo, quatro meninos e duas meninas. A idade das crianças compreendia a faixa etária de três anos e meio e dez anos.

As mães realizaram o treino de hábitos de higiene prematuramente, em média, por volta de um ano e meio. No treino, há relatos de uso do penico, do treino para ir direto ao banheiro, ou o fato de o filho ter aprendido na creche. Também houve mães que não realizaram o treino.

Observaram-se dificuldades afetivas com a mãe e a família. São crianças imaturas, com reações de vergonha e incômodo, provocadas pelo

“molhar a cama”. Parecem, às vezes, sofrer punições dos pais mas, por outro lado, as mães têm comportamentos protetores e permissivos, com dificuldades de estabelecer limites a essas crianças.

Estão num ambiente no qual têm poucas possibilidades de serem ajudadas, já que sofrem estigmas dos familiares.

Características das mães e das famílias

A idade das mães compreende a faixa etária de 28 a 43 anos. O estado civil das entrevistadas mostra que, na sua maioria, são mulheres casadas ou amasiadas, por um período de no mínimo cinco e no máximo vinte e quatro anos.

O número de filhos, em média, varia de três a quatro; dentre esses dados, houve mãe que tinha apenas um filho e outra com sete filhos.

Quanto ao grau de escolaridade, os resultados apontam para quatro mulheres com Ensino Fundamental (Completo ou Incompleto), duas com Ensino Médio (Completo ou Incompleto).

Com relação às atividades profissionais, quatro mulheres cuidam apenas do lar e dos filhos, enquanto duas estão trabalhando fora de casa, sendo que as mães que permanecem nos trabalhos domésticos também fazem bicos temporários como faxineira, lavadeira e passadeira, em casas de família.

Relatam insatisfação com a situação econômica, já que precisam ajudar no orçamento familiar. Comentam que têm a expectativa de arranjar emprego, mas que ultimamente está difícil.

Os dados também apontam para a falta de uma moradia própria, e aquelas que têm ainda estão pagando as prestações da casa, entre outras dívidas contraídas pelas despesas com o orçamento familiar. Isso significa que todas relataram estar com dificuldades econômicas e /ou em contenção de gastos. Esse dado também explica um outro aspecto apontado que é o impedimento para atividades de lazer. Muitas comentam que o dinheiro ou a falta dele é um grave empecilho para proporcionar diversão aos filhos e à família. Constata-se que algumas não têm nem como manter um tratamento médico ou levar os filhos ao Centro de Saúde, já que não têm nem o dinheiro para o ônibus.

Com relação às atividades do cônjuge, relatam que os maridos trabalham em atividades como: funilaria, serralheria, eletricidade, instrumentalização de máquinas, entre outras e que essas atividades são exercidas informalmente, o que não garante que eles tenham um salário fixo por mês. Apenas uma entrevistada comentou que o marido está desempregado

Foi confirmada, em dois depoimentos, a insatisfação quanto ao marido ser alcoólatra e deixar a elas todas as responsabilidades da educação dos filhos, dos cuidados da casa e até mesmo da sobrevivência familiar.

Cuidados diários com os filhos

Dentre os cuidados praticados diariamente com os filhos estão:

- Proporcionar a higiene (trocar e lavar lençóis e roupas, forrar o colchão com plástico e pôr colchão ao sol).
- Evitar a ingestão de líquidos antes de dormir.
- Levar o filho ao banheiro antes de dormir, ou acordá-lo no meio da noite para urinar.
- Dialogar com o filho.
- Ameaçar de bater, a fim de que o filho pare de urinar.
- Comparar com outras crianças que não apresentam enurese.
- Pôr fralda.

Além desses citados, houve no relato de uma entrevistada a possibilidade de o filho já realizar, algumas vezes, a sua própria higiene pessoal, sem o auxílio dela.

Vivências emocionais da mãe e da família

Neste tópico, os dados obtidos no relato serão divididos em: sentimentos e sensações das mães, vivência de enurese da mãe na infância, relacionamento conjugal e familiar.

A respeito dos sentimentos e das sensações, dizem-se tristes, aborrecidas e ficam bravas com o fato de o filho urinar. Expressam dificuldade em lidar com o filho e não sabem como auxiliá-lo. É percebida uma preocupação

sobre uma atitude certa ou errada com o filho e, por esse motivo, sentem-se frustradas por não conseguirem que o filho obtenha controle da urina.

Afirmam que perdem o controle da situação, chegando ao extremo de ameaçar bater e/ou brigar com as crianças. Demonstram impaciência e relatam a possibilidade de o filho urinar na cama por imprudência.

Relatam dificuldades em manter o lado emocional preparado para lidar com o filho. Sentem cansaço, estresse e uma entrevistada comentou ter o sono prejudicado, por ter que ficar atenta às reações do filho enquanto está dormindo. Esse fato talvez ocorra porque algumas descrevem que os filhos dormem no mesmo cômodo ou na própria cama com os pais. Queixam-se também de que são mais comprometidas com as tarefas domésticas e a educação dos filhos do que os maridos.

A maior apreensão das entrevistadas recai sobre a preocupação com o fato de a urina não ter cessado, sobre a frequência da urina e o receio de que seja algum problema orgânico grave.

A respeito da causa de os filhos urinarem, comentam sobre a hipótese de ser relacionada a dificuldades afetivas, que são provocadas pelos acontecimentos no meio familiar. Enfatizam essa suposição dado o controle anterior da urina.

Outro ponto refere-se ao histórico de enurese na família pois algumas mães foram enuréticas ou tiveram filhos ou parentes enuréticos. Nesse caso, percebe-se que elas não se sentem à vontade para falar da experiência de enurese na infância. Houve uma entrevistada que confessou nunca ter contado para o marido por sentir vergonha.

O relacionamento conjugal também foi outro tema bastante comentado pelas entrevistadas e percebe-se que os conflitos conjugais podem refletir no contexto familiar e no comportamento dos filhos, que sofrem com o desentendimento do casal. São mulheres que, possivelmente, não possuem um casamento satisfatório. Apresentam queixas de alcoolismo do marido, inconsistência nas atitudes do casal com os filhos, falta de apoio e participação do cônjuge na educação dos filhos.

No contexto familiar, percebem-se reações de humilhação e estigma com a criança enurética.

Tipo de ajuda procurada

A maioria das entrevistadas não procurou ajuda para os filhos, por achar que a enurese fosse normal e cessasse espontaneamente. Quando procuraram o médico, não era para tratar especificamente da enurese. A preocupação com a enurese dos filhos se deu a partir do momento que perceberam que os mesmos urinavam diariamente, e/ou constataram que já estavam numa idade em que a maioria das crianças já tinha aprendido a controlar a urina.

A justificativa para não buscar ajuda foi a questão financeira, a falta de tempo e a necessidade de dar atenção aos outros filhos. Também comentaram sobre a dificuldade de serem atendidas nos centros de saúde.

Quanto ao tipo de profissional, duas mães verbalizaram sobre a possibilidade de que seus filhos tivessem uma ajuda psicológica, já que elas achavam que eles apresentavam alguns problemas emocionais que deveriam ser trabalhados. Outras duas entrevistadas pensaram em procurar um médico devido a experiências anteriores com outros filhos. Uma foi motivada pelo marido a procurar um pediatra, ao invés de se apegar a simpatias. Outra relatou ter sido orientada pela professora da filha a procurar uma ajuda médica, devido ao baixo rendimento escolar.

Algumas dessas mães, no decorrer da entrevista, manifestaram a necessidade de uma ajuda para elas próprias. Apenas em um depoimento houve uma manifestação de descaso com relação à procura de ajuda psicológica.

Também estava presente a busca por outras formas de ajuda, tais como: remédios, simpatias, orações, entre outras.

Dificuldades encontradas na ajuda aos filhos

Dentre as vivências das mães, apontadas como difíceis, estão: a tarefa de lavar os lençóis e roupas, a troca de colchão de tempos em tempos e a dificuldade de lidar com o comportamento dos filhos. Conflitos conjugais e familiares, e constrangimento social também foram mencionados

Na relação com os filhos, comentam que não conseguem obter respeito e obediência em casa. No contexto familiar, relatam empecilhos com os outros filhos que reclamam do cheiro da urina e caçoam dos irmãos.

A respeito do conflito conjugal, queixam-se de que não conseguem estabelecer com os maridos um ponto de interseção sobre o que elas julgam importante na educação dos filhos e afirmaram que se sentem desamparadas nesse aspecto. Elas explicam que não há acordo com relação às atitudes de pai e mãe perante os filhos e que, algumas vezes, quando necessitam chamar atenção dos filhos, o pais agem em favor deles.

Algumas entrevistadas comentaram sobre o constrangimento no convívio social, o receio de saírem a passeio ou para visitas familiares, já que o filho urina na cama. Também estava presente a dificuldade de lidar com os comentários de outras mães ou mesmo de parentes a respeito de o filho ainda urinar na cama. Além disso, demonstraram não gostar do cheiro provocado pela urina.

Aspectos sociais envolvidos

Algumas questões apontadas dizem respeito à situação econômica, à falta de emprego e, conseqüentemente, à falta de dinheiro para suprir as necessidades básicas e as despesas da família. Há uma preocupação com esses aspectos, que são vivenciados diariamente.

Outro ponto comum é o fato de os filhos não estarem na escola por motivos financeiros. Elas comentam que a procura por uma vaga, em escolas públicas ou creches, é extremamente penosa e, por esse motivo, os filhos ingressam no estudo tardiamente.

Impressões da pesquisadora

Foi observado que as participantes, de forma geral, estavam interessadas e motivadas a conversar com a pesquisadora. A princípio, muitas delas demonstraram expectativa de que seus filhos fossem atendidos psicologicamente. De certa forma, houve um desapontamento com esse fato diante da necessidade de cada uma delas e pela inexistência de um psicólogo na

instituição. Isso pôde se configurar na fantasia de que elas pudessem ser verdadeiramente atendidas em suas demandas.

Com o decorrer da conversa, contudo, elas foram percebendo que, apesar de o contato com a psicóloga/pesquisadora não ser feito da maneira como elas imaginavam, a entrevista também se configurou como um espaço onde puderam ser ouvidas e obtiveram informações e orientações para suas vivências com os filhos e em família.

Nos depoimentos, o que foi percebido está relacionado à resistência em falar, no começo, devido às interferências no local onde se realizava a entrevista e às dificuldades emocionais das entrevistadas.

A fala era repetitiva e a linguagem era precária quanto aos aspectos da norma culta da língua portuguesa. Havia dificuldade de expressão e a elaboração dos conteúdos era primitiva. Também foi observado que elas usavam expressões muito coincidentes como: “né ”, “ entendeu ? ”, “então ”, “ fico braba ”, entre outras. Em duas entrevistas, o relato foi claro e coerente, apesar de a linguagem gramatical ser insuficiente.

O aspecto comum é o fato de que são mulheres com uma realidade de vida muito sofrida, com dificuldades econômicas e sociais, carentes de educação e cultura. Mesmo diante de tal situação, demonstraram possuir um potencial inimaginável de se superar física e emocionalmente, a fim de suprir as necessidades básicas da família. São mães que lutam, diariamente, para que sua família tenha uma vida mais digna.

3.3 Compreensão geral psicológica/ psicanalítica

No contato com a pesquisadora, as mães demonstraram que estavam interessadas e motivadas para falar, o que culminou no estabelecimento de um vínculo transferencial positivo que permitiu que a entrevista se configurasse como um espaço de escuta das vivências destas mães, mais do que uma entrevista única de investigação psicológica.

Também estava presente a expectativa de ser ajudada e orientada a respeito da enurese do filho. Esse fato pode ser entendido como uma maneira de as mães projetarem na pesquisadora/psicóloga seus desejos e expectativas na ajuda ao filho.

Dos temas das entrevistas que merecem destaque estão: a linguagem, a enurese dos filhos, a conduta com os filhos, as sensações, os conflitos e defesas.

A linguagem e o conteúdo, limitados por aspectos gramaticais, podem indicar uma carência de informação e de educação. A fala rápida, repetitiva e compulsiva pode vislumbrar um “*descontrole na fala*”, devido à ansiedade e à dificuldade de entrar em contato com aspectos que geram conflito e causam angústia. Também foram percebidos momentos de silêncio e pausas na fala, que podem ser indícios de uma reflexão das entrevistadas sobre o que estavam verbalizando a respeito de suas dúvidas, sentimentos, ou mesmo de suas atitudes com os filhos. Por outro lado, esse silêncio pode sugerir uma falta de compreensão interna sobre o que estava emergindo naquele momento, em que havia uma pessoa que pudesse escutá-las.

Falar da enurese do filho pode ter sido também uma forma de trazer à tona aspectos internos da mãe, ou seja, dificuldades afetivas que podem ser vistas no contato mãe-filho. O que pôde ser apreendido é que relatar a preocupação com os filhos e as dúvidas com relação a não pararem de urinar foi o passo inicial para que as mães falassem também de suas vivências pessoais e de suas limitações na ajuda aos filhos. Há que se considerar que cada caso de enurese tem causas específicas e que não são motivos de investigação nesta pesquisa.

Na conduta com os filhos, ora são incoerentes, punitivas e impacientes, ora demonstram tolerância e permissividade. O importante é compreender que as atitudes das mães podem ter conseqüências no desenvolvimento emocional da criança, dificultando ações efetivas de ajuda no controle da urina.

Foi observado que a maioria das crianças apresentou uma enurese do tipo noturna secundária, ou seja, aquela que retorna após um controle anterior, e que as mães realizaram um treino precoce de controle dos esfíncteres nos filhos. Esses dois fatos são importantes, pois levam a uma compreensão de que, possivelmente, a enurese esteja relacionada a fatores emocionais na criança que possam ter ocorrido devido à conduta da mãe e/ou a aspectos presentes na conjuntura familiar.

É bom ressaltar que essas mães vislumbram a hipótese de que a enurese possa ser resultante de conflitos emocionais e estão implicadas em

auxiliar os filhos. Contudo, não compreendem o que possa estar causando essas dificuldades nas crianças e esbarram nas suas limitações e na carência de mecanismos internos para lidarem melhor com esse contexto dos filhos.

A causa da enurese não parece resultar somente das dificuldades e vivências dessas mães, mas dos contextos social e familiar, que podem reforçar a enurese ou o aparecimento da mesma. Isso significa que as atitudes das mães, acrescidas do contexto social ou do familiar conturbado, podem contribuir para o surgimento da enurese, naquelas crianças que já tiveram um controle anterior ou gerar um retardo no controle maturacional e emocional, resultante dos aspectos presentes na situação de vida.

A expectativa de que o filho seja atendido ou ajudado parece indicar que as mães expressam um desejo de mudança, pressupondo também uma alteração interna. Parece que é a forma que encontram para indicar que sua mente está confusa e, ao mesmo tempo, indagar se é possível organizá-la, já que o nível de percepção da realidade sobrepõe-se ao emocional, que fica contido. Entendem-se dessa maneira as dificuldades expressas pelas entrevistadas em estabelecer uma comunicação com elas próprias.

As sensações descritas incluem: incômodo, vergonha, impaciência, frustração, tristeza, irritação, cansaço, estresse, entre outras. As mães parecem tecer uma série de sentimentos, sem no entanto, integrá-los e elaborá-los de forma coerente. Parece um retorno a uma fase muito arcaica de confusão psíquica, o que indica que os sentimentos são expressos de forma polarizada, fazendo com que elas não apreendam os seus significados a fim de integrá-los para não resultar em sofrimento psíquico.

Dentre os conflitos, pode-se citar o vínculo afetivo com o filho (dependência materna) e a dificuldade de separação, a atitude ambivalente nos cuidados com os filhos, a experiência de enurese na infância, os problemas conjugais e familiares, a limitação na ajuda aos filhos, a insegurança sobre o que fazer com o filho e a dificuldade de lidar com o mal-estar que a urina provoca.

Além desses aspectos, também há que se considerar a manifestação de um conflito sobre a figura de mãe. Apresentam uma angústia quanto a ser uma mãe boa ou má, fazer o certo ou o errado. Parece que a sensação de ser uma boa mãe significa ser permissiva, pôr fralda, deixar que a criança faça o treino higiênico a sua maneira, sem impor limites ou ensiná-la a agir com

responsabilidade. Do contrário, ser uma mãe má diz respeito a agir de forma rígida, autoritária, exigente e punitiva. Esse conflito está ligado a um sentimento de culpa que está associado à dificuldade de lidar com a agressividade interna, com o medo da incompetência ou falha na ajuda ao filho e com a angústia de ser uma mãe que pode castrar e ameaçar. Há uma dificuldade de agregar e encontrar um ponto de equilíbrio entre essas duas atitudes de mãe.

Outro ponto é a dissociação dos afetos. Parece haver uma distância em relação aos conteúdos afetivos e os fatos vividos diariamente como: organizar, cuidar dos filhos, limpar. Fica evidente o quanto os aspectos da realidade são predominantes, o que parece camuflar o emocional, que fica preso. A única maneira que elas encontram para evitar a angústia é utilizar o relato das dificuldades, via fala compulsiva sem, no entanto, ligar fatos e afetos.

A dificuldade em lidar com a urina e o mau cheiro que provoca, parece indicar que há um “mal-estar” da mãe com relação à situação do filho, acrescido das frustrações com as relações familiares.

Os mecanismos de defesa mais utilizados foram a projeção dos aspectos sentidos como hostis, a negação e cisão, a dissociação e a polarização dos afetos.

Há necessidade de que haja uma escuta e ajuda a essas mulheres para que elas se organizem melhor e aprendam a reconhecer e a lidar com suas limitações e conflitos como mãe, mulher e esposa. Dessa forma, elas podem ajudar efetivamente os filhos a lidarem com suas dificuldades, proporcionando um amadurecimento afetivo que resulte no controle da urina.

Por outro lado, são mulheres que têm preocupações fundamentadas com os filhos e estão motivadas nos cuidados quanto à saúde, à alimentação e ao desenvolvimento destes, faltando apenas orientações e esclarecimentos básicos de como se posicionar melhor a respeito da educação dos filhos e de como administrar seus conflitos pessoais sem que estes interfiram diretamente na relação familiar. É necessário que haja oportunidades ou criação de espaços onde essas mães possam falar de suas vivências a fim de serem auxiliadas.

“As idéias são somente sombras da verdade”

Giordano Bruno

4 DISCUSSÃO

Diante dos fatos apresentados na análise, foi possível observar congruência entre os resultados da pesquisa e as considerações apontadas por diversos autores citados neste trabalho. Apareceram também outros aspectos que, apesar de não terem sido contemplados nos objetivos iniciais, revelaram-se de grande importância.

A discussão será iniciada com os achados que se mostraram significativos para o estudo, compreendendo as considerações preliminares, o ponto de vista social e, na seqüência, os aspectos ligados ao ponto de vista psicológico. Finalizando, questionar-se-ão os fatos que foram semelhantes aos da literatura sobre o assunto.

Inicialmente, foi observado que o contato com as mães foi oportuno, já que elas se sentiram acolhidas, o que possibilitou uma postura de disponibilidade para a pesquisa, em que demonstraram interesse em falar de suas vivências pessoais, familiares e das dificuldades com os filhos.

O segundo encontro com as mães também merece evidência, pois nele elas demonstraram que a conversa proporcionou esclarecimento quanto a questões que eram obscuras e geravam dúvidas.

A esse respeito, Cardoso (2002) descreve como o acolhimento e a escuta são importantes:

Diversas vezes, pessoas verbalizaram que o simples fato de falar sobre os seus problemas e serem ouvidas por alguém interessado em ajudá-lo, era suficiente para proporcionar algum alívio. Também se mostrou benéfico o contato com a própria experiência e com os recursos que passaram a dispor para lidar melhor com suas dificuldades.

Do ponto de vista da pesquisa, a entrevista também foi útil, pois possibilitou ajuda e orientação, na medida do possível, nos cuidados com os filhos e na relação destes com a mãe.

No segundo encontro, duas entrevistadas não compareceram, o que foi compreendido, uma vez que, pela questão ética, a participante pode escolher até que momento deseja cooperar com o estudo.

O não comparecimento das mães pode ser visto sob duas ópticas: a primeira mostra que a pesquisa tem um tempo determinado e as pessoas não querem se implicar porque sabem que o estudo não pode se configurar numa

ajuda e acompanhamento efetivo; a segunda mostra que, se vierem, provavelmente, a estabelecer uma ligação, temem a dificuldade de separação. Diante dessa consideração, percebe-se também que a ida das mães ao Centro de Saúde deve-se, possivelmente, a prioridades que são consideradas mais urgentes. Boarini (1989) descreve que a freqüência ao posto se dá em grande escala quando há presença do médico e/ou distribuição de medicamentos, o que demonstra que as preocupações estão atreladas ao orgânico, ao imediato.

O mesmo que foi vislumbrado com as entrevistadas percebeu-se com relação à pesquisadora e os outros profissionais. Alguns mostraram-se receptivos e interessados em contribuir com o estudo, mantendo um relacionamento acolhedor com a pesquisadora. Outros, porém, demonstraram resistência em aceitar a presença de um novo profissional/pesquisador. Desta forma, pode-se pensar que, como ocorreu com as mães, havia receio de se estabelecer um vínculo, já que a pesquisa seria por um breve período.

A pesquisa também aponta para a reflexão da nossa pretensão enquanto profissional e pesquisador. A sensação é que o estudo se torna insuficiente diante da vivência de uma realidade tão contrastante e o olhar fica distante daquilo que se tentou buscar a princípio. O que se constata é que o que torna a pesquisa difícil não são só os obstáculos que vão aparecendo no decorrer da coleta de dados, caracterizados por falta de tempo, falta de salas, limitações da instituição e reações dos profissionais, mas também o fato de ter que lidar com uma realidade tão diferente daquela que habitualmente vive uma parcela privilegiada da população.

Essa realidade divergente possibilita a compreensão da vivência de muitos profissionais, que se sentem despreparados e impotentes. Apenas com a experiência de anos é que se pode ver o quanto o trabalho é árduo e imprevisível. Perceber a vida cotidiana dessa população é questionar-se a todo instante sobre o que fazer para contribuir e promover a manutenção da saúde.

Termina-se por reconhecer que algumas práticas psicológicas são inexecutáveis para atender este tipo de população, pois têm seus limites atingidos pela carência orgânica, social e cultural. Por outro lado, isso não significa dizer que nessa população não haja conflitos emocionais, que não mereçam ser atendidos. Pelo contrário, é por saber que essas pessoas têm privações e

necessidades básicas de sobrevivência, que se reconhece o quanto necessitariam de uma ajuda psicológica (Boarini, 1989).

O importante é reconhecer que, para essa população, novas formas de se praticar a psicologia precisam ser vislumbradas, pois realizar atendimento clínico é uma proposta que se mostra insuficiente. Esse tipo de pesquisa pode possibilitar que os profissionais repensem a sua prática e aprendam a lidar com essa realidade, tornando-se mais conscientes do que se pode fazer efetivamente. Como complementa Cardoso (2002):

A atuação em Centros de Saúde com clientes de uma classe social menos favorecida e em contato com outros profissionais tem se mostrado uma excelente oportunidade para o enriquecimento profissional.

(...) profissionais humanizados, capazes de possuir um olhar contextualizado sobre a pessoa a ser atendida e de desenvolver um trabalho integrado, estão aptos a prestar um serviço de melhor qualidade à comunidade.

Esse fato também contribui para se pensar na necessidade de avaliar a eficácia do trabalho que o profissional se propõe a realizar. Isso só pode ser adquirido à medida que avança o desenvolvimento de pesquisas e, sobretudo, o aprendizado da investigação e a produção científica.

Demo (1993) acredita que a atividade de pesquisa é uma didática educativa essencial na medida em que lança as bases para a capacidade de questionamento crítico e criativo.

Na ciência psicológica, Domingos (1999) esclarece que há necessidade de realizar pesquisas em que se enfatize uma produção adequada às prioridades sociais e à evolução do conhecimento, em que a qualidade da produção é indispensável.

Após essas breves considerações, discutir-se-á o ponto de vista social. Como este estudo remete a uma população de baixa renda, caracterizar-se-á a situação de vida, utilizando como parâmetro a definição de pobreza, segundo o relatório da OMS (2001):

Na sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, (...) pode se entender como pobreza um estado em que se dispõe de meios

insuficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais.

As mães vivem numa realidade sociocultural muito precária: a situação financeira é quase de miséria e as preocupações maiores são com a sobrevivência básica (moradia, alimentação, saúde e educação). Há uma projeção sobre a escola, para que ela dê conta dos problemas da criança, o que não ocorre, e as mães não sabem o que fazer; há, ainda, uma projeção sobre o médico, como o profissional que pode acolher as necessidades imediatas, uma vez que cuida do biológico.

O que se pôde perceber da questão social, diz respeito à posição exercida pela mulher, à organização familiar (instabilidade nos papéis dos pais e filhos) e aos aglomerados familiares.

O papel desempenhado por essas mulheres está no sustento da família e na forma como elas lidam com as suas carências (alimentação, moradia, saúde, educação, entre outras) sem, no entanto, deixarem de lado os cuidados com os filhos e a assistência à família. Algumas cuidam dos filhos sozinhas, sem a ajuda dos homens. São mães preocupadas com a influência dos fatores psicossociais (problemas conjugais e familiares, alimentação, moradia, entre outros) na saúde global, embora não sejam esclarecidas e devidamente informadas quanto às conseqüências que esses fatores podem provocar na qualidade de vida.

Mello (2000) acrescenta que as mulheres permanecem como o solo onde se enraíza a família, assumindo o encargo da sobrevivência do grupo. Na falta dela, a família passa a girar em torno de outra figura, como a avó, uma tia, uma vizinha, um filho mais velho e, em muitos casos, o próprio pai assume as funções maternas de cuidado da casa e educação dos filhos.

A predominância da mulher como mãe com a responsabilidade do sustento da família também traz implicações, pois o que se percebeu foram queixas quanto à carga excessiva de obrigações. Muitas reclamavam dos maridos, que não dividem as obrigações da casa e educação dos filhos, citando-os como alguém que não merece estima e consideração e que, portanto, pode ser dispensado.

O outro ponto é a organização familiar, pois essa população tem uma forma de “viver em família” que não é normativa e nem baseada no modelo

tradicional. Para tanto, tem organizações familiares próprias, que lhe são peculiares e que não podem ser comparadas aos padrões pré-estabelecidos na sociedade tradicional.

Szymanski (2000), ao observar o cotidiano vivido por algumas famílias de classes populares, que diferiam muito quanto à estrutura, história, modos de comunicação e expressão de emoções, construiu uma concepção de que essa conjuntura familiar tem particularidades que precisam ser consideradas, como esclarece:

Cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma “cultura” familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos.

No estudo também foi possível perceber que os papéis do homem, da mulher e dos filhos são relativos. Cita-se como exemplo, no estudo, o fato de os filhos desde muito cedo, serem despertados para a responsabilidade no cuidado com os irmãos, nas tarefas domésticas e, às vezes, no trabalho a fim de ajudar no rendimento familiar. Isto é natural nessas famílias, pois parece ser consequência da necessidade situacional, acrescida da falta de escola para as crianças. O que se pode refletir nessa questão é que as crianças perdem um pouco a infância para exercerem responsabilidades que, por vezes, são dos adultos, caracterizando-se como “adultos em miniatura”.

Postman (1999) traz em seu livro “ *O Desaparecimento da Infância,*” importantes reflexões para se compreender o porquê de a infância estar ameaçada nos dias de hoje. Corroborando com a questão apontada pela pesquisa, o autor descreve:

Para onde quer que a gente olhe, é visível que o comportamento, a linguagem, as atitudes e os desejos – mesmo a aparência física – de adultos e crianças se tornam cada vez mais indistinguíveis.

O autor julga essa questão como um fato social contemporâneo, mas acredita que cada cultura tenha sua particularidade e contribua de forma diferente para a expansão desse processo.

Numa outra visão, Sarti (2000) acrescenta e explica a instabilidade nos papéis familiares, levando em consideração duas mudanças significativas no mundo contemporâneo. A primeira diz respeito à autoridade patriarcal e a outra

remete à divisão de papéis familiares, principalmente as relações entre o homem e a mulher e aquelas entre pais e filhos.

O autor questiona que os papéis sexuais e as obrigações entre pais e filhos antes pré-determinadas, hoje são objetos de constantes negociações. Esse processo contrário do padrão tradicional de autoridade familiar, dos pais sobre os filhos e do homem sobre a mulher, gera uma confusão entre os excessos da autoridade de tipo tradicional e o exercício legítimo necessário da autoridade na família, levando a uma permissividade que tem prejudicado especialmente as crianças, que ficaram sem limites estabelecidos.

Além dessas concepções do mundo familiar dessa população, o que se observou também foi a presença de aglomerados familiares, pois foi verificado que algumas mães vivem com os pais mesmo depois de casarem ou, às vezes, dividem a casa com outros familiares. Dessa maneira, formam-se outras famílias que se configuram por uma relação de dependência e necessidade de sobrevivência, mais do que de afetividade.

Esse fato é demonstrado por Mello (2000):

Os aglomerados não são mantidos somente pela dependência afetiva, embora esta seja fundamental. O certo é que eles vivem no esquema de dependência, dentro do limite muito estreito da sobrevivência.

(...) há uma troca permanente de serviços nas famílias, um apoio para todas as horas e para todos os problemas. Esses serviços são fundamentais, porque permitem enfrentar as épocas de escassez maior, as doenças, o desemprego.

Essa autora explica que a manifestação de troca e ajuda não se deve a uma solidariedade latente, mas é algo muito próximo à sobrevivência, feito de contradições, pois é uma manifestação impulsiva, quase instintiva e essencialmente humana.

Numa outra vertente, a existência dos laços de família para essa população surge como forma de promover a socialização. Mello (2000) acredita nessa concepção e acrescenta que: “A família é o núcleo que dá ordem à sociabilidade”.

Este trabalho não pretende encerrar a discussão do ponto de vista social, já que as considerações vislumbradas aqui são um tanto paradoxais e

merecem ser problematizadas. O fundamental é perceber que, quando se está diante de uma população de baixa renda, é necessário abandonar conceitos e generalizações para se compreender o que ocorre nesse universo cultural.

Parte-se para a discussão do ponto de vista psicológico. O que se constatou foi que o tema central de apreensão na vivência dessas mães é a questão da sobrevivência básica da família. Para tanto, a enurese não é considerada a principal preocupação das mães com os filhos.

Mediante tal fundamento, questionar-se-ão os seguintes aspectos: a linguagem das mães, a confusão psíquica quanto à figura de mãe, a dissociação dos afetos, a relação de dependência materna e a ajuda procurada.

O primeiro aspecto refere-se à forma de expressão e à linguagem das entrevistadas que se caracterizaram por um discurso prolixo e circular, no qual pareceu existir um “descontrole na fala”. As mães pareciam ter um estilo próprio de falar, o que não significa que utilizaram a fala para se comunicar, já que foi percebida a dificuldade de organizar o pensamento. Pode-se considerar que a linguagem foi percebida como uma maneira de “pôr pra fora” os sentimentos sem, no entanto, elaborá-los internamente.

Esse aspecto é demonstrado por Zimmerman (2000) que afirma que a fala pode ser um instrumento utilizado para a comunicação mas por outro lado, também pode estar a serviço da incomunicação, ou seja, pode ser uma forma de obstruir a comunicação dos sentimentos inconscientes mais profundamente ocultos.

Winnicott (1945/2000b) faz uma leitura com relação à linguagem e ao discurso, utilizando como exemplo aquele paciente que relata os mínimos detalhes do que ocorreu no fim de semana e fica contente se, ao final, tudo tiver sido dito, ainda que o analista sinta que nenhum trabalho analítico foi realizado. Para o autor, num primeiro momento, esse fato é importante para o paciente e deve ser entendido como tal, pois este busca ser conhecido nos mínimos detalhes, mostrando que é uma pessoa inteira, como explica: “ Ser reconhecido significa sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista”.

Fazendo uma analogia ao autor, há que se considerar que as mães demonstraram expectativa de serem reconhecidas através do relato de suas vivências com os filhos, o que de fato ocorreu, apesar de não terem consciência das sensações que se processavam internamente.

O segundo aspecto é a confusão psíquica quanto à figura de mãe. Percebeu-se que havia uma angústia latente sobre o que seria uma mãe boa ou má. Possivelmente, a percepção que essas mães têm é que uma boa mãe é aquela que age de forma unilateral: é assertiva, carinhosa, preocupada, protetora, não podendo manifestar agressividade, frustração, falha, decepção, tristeza, raiva, medo. Ao constatar esses sentimentos em si, emerge o conflito e a culpa, por não saberem equacionar essas sensações, que parecem ser internalizadas com hostilidade.

Esse conflito da mãe remete à concepção Kleiniana (Segal, 1975) da posição depressiva, em que aparece o sentimento de culpa pela relação que se estabelece com os objetos amados. A culpa, no caso dessas mães, pode ser devida à dificuldade de controlar os impulsos agressivos, que ora são transferidos, inconscientemente, ao objeto amado. A partir do momento em que esses sentimentos são reconhecidos, podem ser elaborados e mais facilmente tolerados.

Para Freud (1912/1976a) esse conflito, percebido nas mães, é a ambivalência caracterizada pela presença, ao mesmo tempo, de tendências, atitudes e de sentimentos opostos como o amor e o ódio, na relação com o mesmo objeto.

O terceiro aspecto é quanto à dissociação dos afetos. A percepção da realidade sobrepõe-se ao emocional, que fica contido, dificultando uma ajuda efetiva aos filhos, já que elas não têm capacidade de nomear e reconhecer e, sobretudo, de elaborar psiquicamente as dificuldades emocionais que aparecem na sua vivência diária. Isso pode ser entendido pela própria situação de vida da família, uma vez que não há espaço para a afetividade, já que a prioridade é a sobrevivência básica.

O quarto aspecto remete à questão da dependência materna. Há um desejo latente de manter a ligação de dependência em relação ao filho pela angústia da separação; o que parece contribuir, também, para essa díade mãe-filho, é a ausência da figura paterna. Isso é percebido pelas queixas de que o marido não participa da educação dos filhos e tampouco auxilia as mulheres nos cuidados diários, havendo uma desvalorização da figura do pai para a criança, ou nos casos de separação conjugal, nos quais a criança não convive com o pai.

Alguns autores comentam que a função do pai é importante, já que possibilita o processo de separação mãe-filho, fornecendo as bases para uma socialização com o mundo externo e propiciando a necessária elaboração do complexo edípico (Zimmerman, 2000; Dolto, 1972; Mahler et al., 1975).

Winnicott (1966/1999) comenta que o modo de ser do pai, estando ele ausente ou em evidência, faz uma diferença enorme no significado da palavra “família” para a criança.

Na concepção de Winnicott (1956/2000a), a mãe, nos primeiros estágios de vida do filho, deve atingir um grau de preocupação maternal no qual deve existir uma dependência absoluta com o filho. Contudo, a mãe deveria atingir esse estágio inicial, mas recuperar-se dele. Segundo o autor, isto pertence a uma sofisticação extrema e a um estágio que nem sempre é alcançado pelo adulto. Confirmando a percepção do autor, as entrevistadas demonstraram ter atingido esse estágio inicial, mas têm dificuldade de recuperar-se dele, ou seja, não conseguem se separar do filho.

Essa relação de dependência ao filho, acrescida da ausência da figura paterna, podem prejudicar o desenvolvimento psíquico da criança, pois não favorecem a vivência da frustração, dificultando o desenvolvimento da capacidade de reconhecer limites e de se tornar um ser autônomo, como aponta Winnicott (1956/2000a): “(...) as dificuldades inerentes a vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda as satisfações (...)”.

Por fim, a procura de uma ajuda para tratar essencialmente a enurese não foi observada. Contudo, verificou-se que as entrevistadas demonstraram expectativa de que a psicóloga/pesquisadora fosse uma possibilidade de ajuda aos filhos e, algumas vezes, estava implícito um pedido de ajuda a elas próprias. Dessa forma, quando relatavam sobre problemas conjugais, conflitos familiares e dificuldade na relação com os filhos, traziam subtendida a questão da falta de recursos internos para lidar com esses aspectos. Por outro lado, não reconhecem o fato de a ajuda psicológica ser uma necessidade urgente, pois vivem a partir da prioridade de sobrevivência.

Diante dessas questões, inicia-se a consideração dos fatos que foram similares aos da literatura sobre o tema.

A enurese confirma-se como um fator desconfortável, que gera estigmas sociais e familiares na criança, prejudicando o desenvolvimento

psicossocial. A maioria dos autores sustenta essa posição, destacando-se Rodrigues, (2000); Bresolin, (2000); Matarazzo, (1993); Glicklich, (1951).

É considerada, também, como um fato incômodo e estressante, já que as mães têm que assumir diariamente cuidados específicos com o filho (Wazark, 1993). Além disso, ainda é um assunto permeado de angústia, pelo receio que as mães têm sobre uma possível enfermidade ou anormalidade no filho, questão verificada em autores como Fanta (1999), Klein, Isaacs, Sharpe, Searl & Middlemore (1973).

O ponto de vista emocional associado à enurese prevaleceu neste estudo, já que a probabilidade de causa física foi baixa. Esse dado entra em ressonância com a concepção de vários autores: Stockler (2002); Kaplan, Sadock & Grebb (1997); Murahovschi (1995); Ferrari (1994); Matarazzo, (1993); Novello & Novello (1987). Esse fato corrobora a questão de que predomina a enurese noturna secundária, que é associada a fatores psicogênicos, com exceção de duas entrevistadas, que possuem filhos que apresentam enurese primária. Contudo, apesar de se constatarem problemas orgânicos posteriormente, as crianças apresentaram fortes indícios da presença de fatores psicológicos reforçando a enurese, tais como: separação dos pais, ausência da figura paterna, mudança de cidade, nascimento de irmão, rejeição à criança, ou outras dificuldades no desenvolvimento afetivo.

Para tanto, a enurese é reforçada ou reaparece devido a acontecimentos no contexto de vida (familiar, social), que têm uma expressiva carga afetiva e que são difíceis de serem equacionados pela criança. Seguindo essa linha, destacam-se: Bellver (1999); Kempe, Silver & Donough, (1989); Oliveira & Tápia, (1987).

Sabe-se que a enurese não é um fato único na criança, uma vez que pode estar associada a outros eventos, podendo configurar-se como um problema apenas emocional, ou ser complicada por uma causa orgânica, que não deixa de ter efeitos psicológicos. O importante é demonstrar que, neste estudo, a enurese parece ocorrer predominantemente por fatores emocionais.

A conduta das mães assemelha-se a concepção de autores citados. Foram confirmadas atitudes incoerentes, ou seja, uma mãe que às vezes é compreensiva e permissiva, pode também mostrar-se autoritária e agressiva. Isso pôde ser visto quando se constatou que as mães treinam os filhos para o controle

precoce dos esfíncteres, o que implica dizer que lhes conferem determinada autonomia mas, por outro lado, mantêm hábitos como chupeta, fralda, mamadeira, possibilitando a permanência da relação de dependência ao filho, favorecendo um atraso no desenvolvimento global da criança. Autores como, Soveral & Graminha, (1992) e Soifer (1989), acreditam nessa proposição.

A esse respeito, Oliveira & Tápia (1987) descrevem que, tanto a criança enurética quanto seus pais e/ou responsáveis, vivenciam uma situação de ambigüidade em relação ao problema. Como produto dessa situação, parece que os pais perdem o controle no que se refere ao treino higiênico e/ou à educação da criança relacionada ao problema. Os mesmos se desesperam por não conseguirem sucessos na solução da enurese, o que contribui para reforçar a situação de ambigüidade.

Ajuriaguerra (1980) acrescenta que as atitudes inconsistentes dos pais podem prejudicar o estabelecimento do controle esfinteriano na criança.

Como já foi citado, o treino precoce de controle dos esfíncteres foi constatado, as crianças desenvolvem um aprendizado por volta de um ano e meio e, depois, apresentam novamente um descontrole da urina. Essa questão é sustentada por autores como: Rodrigues, (2000); Ferrari, (1994); Soifer, (1989); Christmanson & Lisper, (1982) e Winnicott, (1936/1997b). Também foi percebido que algumas mães não utilizaram nenhum recurso para o treino de hábitos de higiene. Nessa questão específica, as mães podem ser orientadas a ensinar e treinar os seus filhos nesse momento do desenvolvimento.

Klein, Isaacs, Sharpe, Searl & Middlemore (1973) esclarecem que a maneira de agir da mãe configura-se de forma compulsiva, exigindo um treino de hábitos de higiene precoce, com uma organização corporal muito complexa para a criança. Segundo os autores, a enurese pode ser vista pela mãe como uma censura social a ela mesma, pois teme que o filho nunca alcance a limpeza e a organização corporal, pressentindo a evidência de algo anormal no filho, o que significa dizer que sente temor pelas próprias falhas.

Os sentimentos verificados nas crianças enuréticas, através do relato das mães, são: baixa auto-estima, vergonha, constrangimento e sentimentos depressivos. Esse posicionamento é encontrado em autores como Pillay & Moosa, (2000); Semer, (1999); Kaplan, Sadock & Grebb, (1997); Matarazzo, (1993); Oliveira & Tápia, (1989). As reações observadas com os pais foram

comportamentos de birra, agressividade e rebeldia, que podem ser verificados nas concepções de Klein, (1997) e Winnicott, (1936/1997b).

A hereditariedade é algo presente e reafirma a ocorrência de enuréticos na família. Algumas entrevistadas comentaram terem sido enuréticas na infância, ou terem outros filhos e parentes com enurese. Vários autores defendem essa questão: Stockler, (2002); Goin, (1998); Kaplan, Sadock & Grebb, (1997); Ferrari, (1994); Matarazzo, (1993); Lusing, Hadders, Towwen, & Huisjes, (1991).

O tratamento farmacológico foi percebido em uma criança. Esse recurso encontra ressonância em autores como: Ferrara, Rigante et al., (2000); Vic, Queinnec et al., (2000); Bengtsson & Wassen, (2000); Tahmaz, Kibar, Yildirim, Ceylan & Dayanc, (2000); Oliveira, (1994); Duarte, (1994). Os demais recursos utilizados pelas mães referem-se a simpatias e orações. A recorrência a esses tipos de ajuda pôde ser percebida desde que a enurese foi considerada como problema social e remonta à data de 1500 A.C (Bresolin, 2000; Glicklich, 1951).

Quanto ao sexo, as crianças, em sua maioria, eram meninos. Esse dado encontra ressonância em autores como Wazark, (1993); Lusing, Hadders, Towwen & Huisjes, (1991). Quanto à idade, foram verificadas crianças de 3,6 a 10 anos e há uma variação na literatura quanto a prevalência da enurese de acordo com a faixa etária. O fato comum é que a enurese do tipo noturna foi predominante. Esse aspecto é sustentado por autores como: Wazark, (1993), Matarazzo, (1993) e Ferrari, (1992).

Outro ponto percebido é que, ao se pensar na busca de uma ajuda profissional, as mães relataram que, primeiramente, procurariam o médico, o que corrobora com autores que afirmam sobre uma maior procura pelo pediatra nos casos de enurese (Semer, 1999; Goin, 1998; Vogel, Young & Primack, 1986).

A procura pelo médico está arraigada nessa população como uma opção maior de tratamento à família como um todo. Mesmo a enurese não estando relacionada a problemas orgânicos, essa especialidade é a mais conhecida e à qual se tem maior acesso no sistema de saúde.

Cardoso (2002) acrescenta que o médico e Deus são as figuras em quem a maioria concentra a responsabilidade da sua saúde/doença. Contudo, a possibilidade de ajuda de um psicólogo parece emergir gradualmente, sendo que

a barreira maior ainda é a oferta pequena dessa especialidade nos Centros de Saúde, como esclarece Boarini (1989).

Por fim, o apoio familiar é de extrema importância para a criança sentir-se segura e poder estabelecer a contenção da urina. Por outro lado, uma assistência e orientação aos pais se faz necessária nesses casos. Matarazzo (1993) comenta que as atitudes dos familiares são influenciadas por fatores culturais e, embora incorretas, representam tentativas de eliminar o sintoma realizadas por pessoas bem intencionadas, mas mal informadas.

Grünspun (1980) acrescenta que: “ Em todos os casos, o importante é intervir na família, no ambiente e submeter a criança à psicoterapia lúdica ”

Fanta (1999) amplia essa visão e considera que: “ Seu filho necessitará de um respaldo emocional da família e também uma ajuda do pediatra ou algum profissional da saúde ”.

Oliveira & Tápia (1987) acreditam que a criança deve ser compreendida a partir das relações que estabelece com os familiares. Por isso, o conhecimento das vivências da família é importante a fim de que se possam entender e amenizar os conflitos entre a criança e sua família, proporcionando-lhes relações menos tensas e mais sadias.

Mediante as questões discutidas, devem ser consideradas características dessa pesquisa, que remetem à dificuldade sentida pela própria pesquisadora quanto a encontrar um caminho acessível para entender a linguagem das mães, à dificuldade de trabalhar e pesquisar nesse campo específico, à limitação da atuação do psicólogo dentro do Centro de Saúde, à escassez de pesquisas na área da psicologia da saúde, que dêem suporte para se pensar num trabalho de âmbito comunitário.

Outro ponto diz respeito à necessidade de estabelecer uma ligação mais estreita entre o médico pediatra e o psicólogo, uma vez que cuidam dos problemas relacionados à infância, principalmente se essa interlocução contribuir para a prevenção e a manutenção da saúde. Esse fato é demonstrado por Carvalho (1994), ao desenvolver uma pesquisa num Centro de Saúde para identificar os sintomas e doenças infantis comuns na população estudada, sob uma perspectiva da psicologia evolutiva.

A carência educacional, cultural, social e econômica são fatos importantes. Os profissionais dispostos a ajudar devem propor ações que vão ao

encontro da realidade dessa população. Não existem apenas problemas afetivos nas mães, mas há um pedido de socorro pela sobrevivência da família.

É necessário uma solicitação de efetivação das políticas de atenção à saúde, educação e moradia, para que nós, profissionais da saúde, possamos dar nossa parcela de contribuição significativa a esse segmento da sociedade.

Finalizando, estudar as vivências cotidianas de mães de crianças enuréticas foi apenas uma das possibilidades de contribuir para a reflexão desse acontecimento comum na infância e de poder compreender um pouco a situação da família nesses casos.

Acredita-se que é um campo propício para pesquisas, principalmente na área da psicologia que visa à assistência e à prevenção de doenças.

Espera-se que as informações relatadas neste estudo possam contribuir com novos questionamentos e instigar outras buscas.

“Verdade

A porta da verdade estava aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade, porque a meia pessoa que entrava só trazia o perfil de meia verdade.

E a segunda metade voltava igualmente com meio perfil.

E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.

Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade esplendia seus fogos.

Era dividida em metades, diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.

Nenhuma das duas era totalmente bela.

E carecia optar. Cada uma optou conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia”.

Carlos Drummond de Andrade

5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Essa pesquisa reforçou a idéia de que o indivíduo precisa ser compreendido no seu contexto relacional como um ser biopsicossocial. A Psicologia e todas as outras áreas da saúde, com seus arcabouços teóricos e práticos, devem estar atentas a essa concepção de saúde que emerge cada vez mais.

O interesse em conhecer e descrever as vivências cotidianas das mães e compreendê-las psicologicamente foi contemplado. Os objetivos específicos mostraram aspectos da dinâmica psíquica da mãe, das atitudes diárias com os filhos, da experiência de enurese que elas tiveram na infância, da relação vivenciada em família e do “mal-estar” que a urina provoca. Isso demonstra que a enurese é um problema psicossocial, que pode ser reforçada ou não, dependendo das relações que a criança mantém no contexto familiar e/ou social. Para essas mães a enurese é vista com um estorvo, pois é um fato que ocasiona aborrecimento, incômodo e causa angústia, uma vez que não conseguem que os filhos adquiram o controle da urina. Contudo, essas mulheres criam uma forma particular de lidar com essa vivência diária, a fim de não entrarem em contato com aspectos intrínsecos que acarretariam um momento de reflexão sobre seus conflitos internos, sua relação com os filhos e sobre a figura de mãe. Para tanto, mostram como aspecto central a apreensão, sobretudo quanto à sobrevivência básica da família que, de certa forma, parece camuflar as características dessas mães, que puderam ser percebidas na relação diária com o filho e no contexto familiar.

A realidade social, cultural e econômica dessa população é um aspecto relevante, forneceu subsídios para a reflexão quanto a propostas e ações preventivas, especificamente no que se refere a uma orientação educativa para as mães, de questões que parecem duvidosas com relação aos cuidados básicos com a criança nas etapas do seu desenvolvimento.

As sugestões pensadas nesse trabalho remetem à realização de um grupo de mães e a elaboração de uma cartilha, em que houvesse uma contribuição informativa e educativa que proporcionasse a troca de idéias entre mulheres que passam pelos mesmos problemas, a fim de auxiliá-las a respeito de aspectos presentes no desenvolvimento da criança, ressaltando que essas ações devem ser analisadas de acordo com a realidade vivida por essa população.

6 REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1977). Algunos mecanismos de la enuresis. In A. Aberastury, Alportaciones al psicoanálisis de niños (pp.169-180). Buenos Aires: Paidós.

Aberastury, A. (1987). Psicanálise da criança: teoria e técnica. (5th ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Abraham, K. (1970). Teoria Psicanalítica da Libido. Rio de Janeiro: Imago.

Abram, J. (2000). Mãe: a mãe “natural” e “sadia”. In J. Abram, A Linguagem de Winnicott Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott (pp. 143). Rio de Janeiro: Revinter. (Original published 1968).

Ackerman, N. W. (1986) Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ajuriaguerra, J. (1976). Manual de psiquiatria infantil. (3rd ed.). Barcelona: Toray - Masson.

Ajuriaguerra, J. (1977). Manual de psiquiatria infantil. Barcelona: Toray – Masson.

Ajuriaguerra, J. (1980). Organização do controle esfinteriano e seus distúrbios. In A. J. Ajuriaguerra, Manual de psiquiatria infantil (pp. 216-278). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.

Ariès, P. (1978). História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar.

Azevedo, S. A. A. (1995). A depressão e a criança enurética: reflexão teórica de quatro casos clínicos. (conclusão do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto Central do Hospital das Clínicas.

Bellver, C. V. (1999). Tratamiento de la disfemia y enuresis en el marco escolar. Analisis y Modificacion de Conducta, 25 (104), 955-969.

Bethencourt, P. J. M., Garcia, M. P., Ramos, P. C., Diaz, C. F., & Fernandez, V. A. (1997). Programa Comunitario de Entrenamiento de Padres de Niños Enureticos: efectos en el conocimiento terapeutico de los padres y eficacia en casos tratados. Analisis y Modificacion de Conduta, 23 (87), 39-57.

Bengtsson, B., & Wassen, C. (2000). Drugs or Enuresis alarm can help more children stay dry at night. To wet oneself is distressing and taxing for self-confidence. Lakartidningen, 97 (47), 5459-5461.

Biermann, G. (1976). Handbuch der Kinderpsychoterapie. (Vol. 4.). Gottingen: Hogrefe.

Bilac, D. E. (2000). Família: algumas inquietações. In M. C. B. Carvalho, A Família Contemporânea em Debate (pp. 29). São Paulo: EDUC/Cortez.

Bleger, J. A. (1984). Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas.

Boarini, M. L. (1989). Estágio em posto de saúde: prática e reflexão. Psicologia Ciência e Profissão, 9 (2), 27-30.

Breger, E. (1963). Etiological factors in Enuresis. A psychobiological approach. Journal Child Psychiatry, 2, 667-676.

Bresolin, N. L. (2000). Enurese Noturna. Mensagem da APAE, 89, 26-29.

Butler, R. J., Brewin, C. R., & Forsythe, W.J. (1986). Maternal attributions and tolerance for nocturnal Enuresis. Behaviour Reseach and Therapy, 3, 307-312.

Caplan, G. (1980). Princípios da psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar.

Cardoso, C. L. (2002). A inserção do psicólogo no programa de Saúde da Família. Psicologia Ciência e Profissão, 20 (1), 2-9.

Carvalho, E. M. R. (1994). Sintomas e doenças infantis: uma apreciação psicológica. Dissertação de Mestrado – não publicado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Carvalho, M. C. B., et al. (2000). A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: EDUC/Cortez.

Carvalho, R. M. L.L., & Térzis, A. (1988). Caracterização da população atendida na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Estudos de Psicologia, 5 (1), 112-125.

Carvalho, R. M. L. L., & Térzis, A. (1989). Caracterização da população atendida na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia – PUCCAMP. Estudos de Psicologia, 6 (1), 94-110.

Chess, S., & Hassibi, M. (1982). Princípios e prática da psiquiatria infantil. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chipkevitch, E. (1992). Emprego da hipnoterapia em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, 68 (5/6), 159-162.

Christmanson, L., & Lisper, H. O. (1982). Parents behaviors related to bed wetting and toilet-training as etiological factors in primary enuresis. Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 11 (1), 29-37.

Crepaldi, M. A. (1999). Programas de hospitalização conjunta: integrando pais em enfermarias pediátricas. Temas em Psicologia, 7 (2), 157-173.

Dela Coleta, M. F. (1998). A psicologia da saúde: tendências temáticas, teóricas e metodológicas. Mente Social, 4, 33-41.

Demo, P. (1993). Apresentação. In A. T Marcantonio M. S., & N. A. de. S. Leffeld, Elaboração e divulgação do trabalho científico. São Paulo: Atlas.

Dolto, F. (1972). Psicanálise e pediatria. As grandes noções da psicanálise: dezesseis observações de criança. Rio de Janeiro: Zahar.

Domingos, N. A. M. (1999). Produção científica: análise de resumos de dissertações e teses em psicologia (1992/1996). Tese de Doutorado – não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Duarte, R. J. (1994). Uso da Desmopressina para o controle da Enurese em crianças. Dissertação de Mestrado – não publicado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Dührssen, A. (1971). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck.

Engels, F. (1979). A origem da família, da propriedade privada e do estado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Fanta, E. N. (1999). Guia para padres: enuresis. Pediatria Al Dia, 15 (2), 81-82.

Ferrara, P., Rigante, D., et al. (2000). Two different desmopressin (DDAVP) regimens in enuretic monozygotic twins with allergic diathesis. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 34 (3), 203-204.

Ferrari, M. C.L., (1992). Tratamento medicamentoso da Enurese noturna primária. Informação Psiquiátrica, 11 (1), 23-25.

Ferrari, M. C. L. (1994). Enurese e Encoprese: diagnóstico e tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica, 21 (3), 80-86.

Fisher, E. P., & Fisher, R. L. (1981). Parents of disturbed enuretic and non-enuretic children. Perceptual and Motor Skills, 52 (1), 181-182.

Fletcher, T. B. (2000). Primary nocturnal enuresis: a structural and strategic family systems approach. Journal of Mental Health Counseling, 22 (1), 32-44.

Freud, S. (1976a). A dinâmica da transferência. In S. Freud, Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 13, pp. 283-288). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1912).

Freud, S. (1976b). Estudos sobre histeria. In S. Freud, Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.2). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1893-1895).

Freud, S. (1976c). Inibição, sintomas e angústias. In S. Freud, Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.20). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1925).

Freud, S. (1976d). Os caminhos da formação dos sintomas. In S. Freud, Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.16). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1916-1917).

Freud, S. (1980). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago.

Genofre, R. M. (2000). Família: uma leitura jurídica. In M. C. B. Carvalho, A Família Contemporânea em Debate (pp. 97-104). São Paulo: EDUC/Cortez.

Glicklich, L. B. (1951). An Historical account of enuresis. Pediatrics, 8, 859-876.

Goin, R. P. (1998). Nocturnal Enuresis in Children. Child: Care, Health and Development, 24 (4), 267-276.

Grünspun, H. (1980). Distúrbios psicossomáticos da criança. Rio de Janeiro: Atheneu.

Hackett, R., Hackett, L., Bhakta, P., & Gowers, S. (2001). Enuresis and Encopresis in a South Indian Population of Children. Child Care Health Dev, 27 (1), 35-46.

Harari, M. (1999). Nocturnal Enuresis. Australian Family Physician, 28 (2), 113-116.

Harsen, S., & Winther, B. (1980). Work conditions, social status and sex differences in primary and secondary enuresis. Scandinavian Journal of Psychology, 21 (1), 33-43.

Heinicke, M., Brieger, P., Bluink, R., Sommer, S., & Marneros, A. (2000). Inpatient treated, mono-symptomatic childhood enuresis-results of follow-up in adulthood. Gesundheitswesen, 62 (8/9), 442-445.

Hild, S. (1954). Gedanken uber die Therapie der Enuresis Nocturna: unter besonderer berucksichtigung der psychoterapie. Med Mschr, 8, 442-444.

Hjälmts, K. (1998). Nattlig enures hos barn. Nordisk Medicin, 113 (1), 13-15.

Hu, J. (2000). Acunputure treatment of enuresis. J. Tradit. Chin. Med, 20 (2), 158-160.

Infante, R., Gonçalves, L. M. R., Tatsch, C. R., & Celestino, J. (1988). Projeto Comunitário. Rio Zona-Sul (Campus Praia Vermelha - UFRJ). Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 37 (6), 327-329.

Kaffman, M. (1972). Toilet training by multiple caretakers: enuresis among kibbutz children. Israel Annals of Psychiatric and Related Disciplines, 10 341-365.

Kaplan, H. I, Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). Transtornos de excreção. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & J. A. Grebb (Eds.), Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7 th ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kempe, H. M. O., Silver, H. K. M. D., & Donough O. M. O. (1989). Enurese e Encoprese. In H. M. O. Kempe, H. K. M. D. Silver, & O. M. O. Donough (Eds.), Aspectos psicossociais da pediatria e os distúrbios psiquiátricos (8th ed.). (s.l): Guanabara.

Kenny, T. J. (1975). The hospitalized child. Pediatric Clinics, 43, 488-498.

Klein, M., Isaacs, S., Sharpe, F., Searl, N., & Middlemore, M. P. (1973). A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1984). Inveja e gratidão: estudos das fontes do inconsciente. (2nd ed.). Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1997). A Psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago.

Ludke, M., & André, M. E. D. A. (1986). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU.

Lusing, R., Hadders, A. M., Towwen, B., & Huisjes, H. (1991). Nocturnal enuresis and minor neurological dysfunction at 12 years: a follow-up study. Development Medicine and Neurology, 33, 439-445.

MacCarthy, D. (1981). The under fives in hospital. Nursing Times, 77, 22-28.

Mahler, M, et al. (1975). O nascimento psicológico da criança. Rio de Janeiro: Zahar.

Mannoni, M. (1980). A criança, sua doença e os outros: o sintoma e a palavra. Rio de Janeiro: Zahar.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Problemas Mentais – DSM IV (4th ed.). (1995) (p.106-08). Porto Alegre: Artes Médicas.

Matarazzo, B. E. (1993). Enurese Noturna: etiologia e tratamento. Insigth Psicoterapia, (Março) 12-14.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 35, 807-817.

Mello, S. L. (2000). Família: perspectiva teórica e observação final. In M. C. B. Carvalho (Eds.), A Família Contemporânea em Debate (pp.51-60). São Paulo: EDUC/Cortez.

Mikkelsen, E. J., Rapport, J. L., et al. (1980). Childhood enuresis. Sleep patterns and psychopathology. Archives of General Psychiatry, 37, 1139-1144.

Miles, M. S., & Mathes, M. (1991). Preparation of parents for the ICU experience: What are we missing? Children's Health Care, 20, 133-137.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Gomes, R., & Neto, O. C. (1994). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes.

Ministério da Saúde (2002, 5 Outubro). Programa de Saúde da Família: o que é, como começou, como funciona, como implementar [online], Brasil Disponível: http://www.saude.gov.br/psf/programa/o_q_e.asp

Mucchielli, A. (1991). Les Méthodes Qualitatives – Que Sais Je? (R. M. L. L. Carvalho, trans.). Paris: Presses Universitaires de France.

Murahovschi, J. (1995). Os problemas do controle urinário. In J. Murahovschi (Ed.), Pediatria: diagnóstico e tratamento. (5th ed.). São Paulo: Sarvier.

Novello, A. C. M. D., & Novello, J. R. M. D. (1987). Enurese. In A. C. M. D. Novello & J. R. M. D. Novello, Nefrologia Pediátrica e Bases Terapêuticas em Urologia Pediátrica (pp.190-203). W. B Saunders Company.

Oliveira, C. M. (1994). Resultados do tratamento farmacológico da enurese funcional: um estudo randomizado e duplo cego. Informação Psiquiátrica, 13, (2), 64-67.

Oliveira, C. M., & Tápia, L. E. R. (1987). Aspectos subjetivos na criança enurética. Pediatria Moderna, 22 (3), 109-115.

Oliveira, C. M., & Tápia, L. E. R. (1989). Enurese infantil e perturbação distímica nos adultos. Revista Brasileira de Neurologia, 25 (6), 179-182.

Oliveira, D. S. (1999). O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna. Dissertação de Mestrado – não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Oliveira, M. H. M. A. (1999). Avaliação da produção científica. In G. P Winter (Org), Produção científica em psicologia e educação (pp.9-22). Campinas, São Paulo: Alinéia (Psicotemas).

Organização Mundial da Saúde. (1986). Uma conferência Internacional para la promoción de la salud. Carta de Otawa para Promoção da saúde. Organização Mundial da Saúde [online]. Disponível: <http://www.who>

Organização Mundial da Saúde. (1994). CID 10. (Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, trans.). São Paulo: Universidade de São Paulo. Autor

Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo - 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Autor

Pillay, B. J., & Moosa, I. G. (2000). A study of depression in black children at a general hospital. IFE Psychologia na Internacional Journal, 8 (1), 58-74.

Postman, N. (1999). O desaparecimento da infância. Rio de Janeiro: Graphia.

Rocha, M. R. (1988). Programa de geração de renda com mulheres da periferia de Salvador. Cadernos de Pesquisa, 65, 86-88.

Rodrigues, P. (2000). Fisiopatologia e abordagem clínica da Enurese. An Paul. Med. Circ, 27 (1),148-152.

Romanelli, G. (2000). Autoridade e poder na família. In M. C. B. Carvalho, A Família Contemporânea em Debate (pp. 73-88). São Paulo: EDUC/Cortez.

Santos, M. E. R. (1984). O impacto emocional da hospitalização da criança. Jornal de Pediatria, 56, 341-345.

Sarti, C. A. (2000). Família e individualidade: um problema moderno. In M. C. B. Carvalho, A Família Contemporânea em Debate (pp. 39-49). São Paulo: EDUC/Cortez.

Secretaria Municipal de Saúde. (2001, Outubro). Projeto Paidéia de Saúde da Família. As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde- Gestão 2001 –2004 [online], Campinas, São Paulo. Disponível: [http:// www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm)

Segal, H. (1975). A posição depressiva. In H. Segal, Introdução à Obra de Melanie Klein. (pp. 80-93). Rio de Janeiro: Imago.

Semer, N. L. (1999). Estudo da auto-estima em crianças Enuréticas pelo Método Rorschach. Tese de Doutorado em Ciências – não publicada -. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

Siqueira, M. M., & Casagrande, L. D. R. (1986). Proposta de educação em saúde mental para adolescentes, numa abordagem sistêmica. Tecnologia Educacional, 15 (70), 57-61.

Simon, R. (1989). Psicoterapia preventiva da família. Psicologia Ciência e Profissão, 9 (2), 16-18.

Soifer, R. (1989). Psiquiatria infantil operativa. (2nd ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Soifer, R. (1992). Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia. (3rd ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Soveral, A. M. B., & Graminha, S.S. V. (1992). Treino ao toalete – comparação das práticas educativas utilizadas com crianças atualmente “enuréticas e “não-enuréticas”. Estudos de Psicologia, 9 (1), 43-65.

Spitz, R. A. (1988). O primeiro ano de vida. (5th ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Stockler, P. (2002, 28 Maio). Até quando é normal a criança fazer xixi na cama? TopBaby [online]. Disponível: www.topbaby.com.br

Stubbe, H. (1985). A terapia da Enurese através dos aparelhos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 4 (5).

Szymanski, H. (2000). Teorias e “teorias” de famílias. In M. C. B. Carvalho, A Família Contemporânea em Debate (pp.23-27). São Paulo: EDUC/Cortez.

Tahmaz, L., Kibar, Y., Yildirim, I., Ceylan, S., & Dayanc, M. (2000). Combination therapy of imipramine with oxybutynin in children with enuresis nocturna. Urologia Internationalis, 65 (3), 135-139.

Triviños, N. S. A. (1992). Introdução a pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

Vic, P., Queinnec, C., et al. (2000). Behavioral disorders in a child treatment with desmopressin for enuresis. Arch Pediatr, 7 (10), 1128-1129.

Vogel, W., Young, M., & Primack, W. (1986). A survey of physician use of treatment methods for function Enuresis. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 17, 90-93.

Wazark, W. (1993). Psychological implications of Nocturnal Enuresis. Clinical Pediatrics, 7, 38-40.

Winnicott, D.W. (1993). A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1996). A criança e seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1997a). Breve comunicação sobre a Enurese. In D. W. Winnicott, Pensando sobre crianças (pp.157-161). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published 1930).

Winnicott, D. W. (1997b). Contribuição para uma discussão sobre Enurese. In D. W. Winnicott, Pensando sobre crianças (pp.143-146). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published 1936)

Winnicott, D. W. (1997c). Uma abordagem clínica aos problemas familiares: família. In D. W. Winnicott, Pensando sobre crianças (pp. 70-72). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published 1959).

Winnicott, D. W. (1999). A criança no grupo familiar. In D. W. Winnicott, Tudo começa em casa (pp. 123-136). São Paulo: Martins Fontes. (Original published 1966).

Winnicott, D. W. (2000a). A preocupação materna primária. In D.W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise obras escolhidas (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1956).

Winnicott, D. W. (2000b). Desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise obras escolhidas (pp.218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Original published 1945).

Zannon, C. M. L. C. (1981). Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. Boletim de Psicologia, 33, 40-51.

Zetterström, R. (1984). Responses of children to hospitalization. Acta Paediatrica Scandinavia, 73, 289-295.

Zimerman, D. E. (2000). Fundamentos básicos das grupoterapias. (2nd ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

7 ANEXOS

ANEXO A**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Prezado Coordenador (a)
do Centro de Saúde,

Venho por meio deste, apresentar a Jena Hanay Araujo de Oliveira, RA 01994938, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

A aluna pretende fazer uma pesquisa sobre Enurese Infantil, através de depoimentos das mães de crianças que procuram este posto para receber ajuda médica.

Para tanto já conversou com a Pediatra Dra. Isabel Cristina Andrade dos Santos que se prontificou a fazer os encaminhamentos necessários. Certificamos que a presente pesquisa será realizada dentro dos padrões da Ética, sendo que todo o material obtido será submetido às normas de desidentificação para fins de publicação científica.

Atenciosamente, grata

Regina Maria Leme Lopes Carvalho
Prof^a. Dra. Orientadora

ANEXO B

PERGUNTA DISPARADORA

Gostaria que a senhora me falasse um pouco do problema do seu filho, de como é a sua vivência com o seu filho.

ANEXO C**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Autorizo, para fins de pesquisa, a utilização de dados e conteúdos relativos ao depoimento por mim fornecido à Psicóloga Jena Hanay Araujo de Oliveira, no Posto de Saúde do Parque Floresta.

Estou ciente de que será mantido o sigilo quanto aos dados de identificação pessoal e que serão tomados os devidos cuidados éticos quanto aos dados confidenciais por mim oferecidos.

Declaro estar também ciente de que tenho total liberdade de recusar-me a participar da pesquisa ou de retirar esta autorização em qualquer etapa do processo, sem prejuízo para minha pessoa.

Declaro ter recebido todas as informações por mim solicitadas, compreendido e concordado com os termos deste documento.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

RG:

Nome da Psicóloga: _____

Assinatura: _____

RG:

CRP

DATA: ____/____/____

ANEXO D
QUESTIONÁRIO PESSOAL

IDADE
ESTADO CIVIL
OCUPAÇÃO/PROFISSÃO
GRAU DE ESCOLARIDADE
NÚMERO DE FILHOS
IDADE DOS FILHOS

ANEXO E**ENTREVISTAS****ENTREVISTA 1**

(...) :pausa no relato.

XXX: parte do relato não compreendido.

P: Como a senhora percebe que seu filho urina na cama?

M: Todos os dias! De manhã quando levanto, ele tá todo molhado.

P: Quando a senhora percebeu a primeira vez, que ele começou a urinar ?

M: Desde que eu tirei a fralda. Tirei a fralda dele acho que com um ano e meio e continua fazendo xixi. Nunca parou. Antigamente eu ficava braba, agora não fico né? Porque eu não sei de onde vem isso! Porque ele faz xixi. Aliás, todos os meus filhos fizeram xixi. Eu tenho seis, teve um que fez até 14 anos.

P: E aí? O que a senhora fazia?

M: Um eu batia muito, agora os outros cinco, os outros quatro, que agora com ele é cinco, não. Como ele é o último, eu tô falando pra ele. Agora eu falo: CE1 porque você fez xixi de novo na cama? A gente faz é no banheiro. E ele faz no banheiro e faz na cama. De manhã ele levanta mijado.

P: Mas só à noite?

M: Só à noite, de dia não faz não.

P: E os seus outros filhos, já pararam?

M: Já. Tão tudo casado.

P: Então a senhora percebeu desde que tirou a fralda?

M: Um ano e meio eu tirei a fralda do CE1.

P: Então, desde lá nunca parou?

M: Não.

P: Com é o nome dele?

M: CE1.

P: Ele tem quantos anos?

M: 7 anos.

P: Qual o grau de escolaridade?

M: Ele tá no primeiro, Primário.

P: Desde criança que começou a urinar e só à noite ou durante o dia?

M: Não, só de noite. Ele pode deitar de dia na cama, que não faz xixi não.

P: Mas quando ele tinha um ano e meio ele apresentava de dia?

M: Ah! Sim. Até uns dois anos e meio fazia de dia na cama. Só que agora não faz mais não, só de noite.

P: Então, que idade a senhora começou a perceber que era só à noite?

M: Ah! Uns dois anos e meio para três, uma coisa assim. Não tenho certeza.

P: Que tipo de sensação desperta na senhora quanto a esse problema?

M: Ah! Eu acho que é verme. Os outros falam que é verme.

P: Os outros quem?

M: Ah! Os vizinhos, parentes. Porque os meus outros, eu fiz exame de verme e deu.

P: Mas foi a causa?

M: Não. Os outros falam. Eu não posso provar. Então, eu também acho assim.

P: Mas como a senhora se sente em relação a ele urinar à noite?

M: Senvergonhice, eu acho. Preguiça de levantar, ele tem preguiça. No quarto tem luz, é só levantar, acender e ir no banheiro. É de frente a porta do quarto dele, né?

P: O banheiro é de frente? Não fora da casa?

M: É, mas ele não faz. É dentro de casa.

P: O que desperta de sentimento na senhora, como a senhora se sente porque ele faz xixi à noite?

M: Ah! Eu fico triste, né? Bastante triste com ele. Porque ele é muito brabo, não toma remédio. Tem que segurar ele para limpar o nariz. Ele tem um gênio muito brabo. Daí, eu fico triste com ele. Porque ele faz xixi na cama e por ele ser rebelde um pouco.

P: A senhora acha que isso é um problema?

M: Eu acho porque, doutora, eu rejeitei ele. Porque eu quando (...) acho que é fazer xixi, né? Porque quando eu engravidei dele, eu tava me separando do meu marido, entendeu? Eu sei que ele é o pai, apesar que é ex-marido. Mas aí, eu não queria mais ele. Então, eu queria tirar, eu fazia até para mulher tirar. Mas só que quando chegou no dia, eu não tive coragem.

P: A senhora não desejou?

M: É, até no último dia dele nascer. Eu fui pro médico dia 2 de Março, lá no Guanabara, eu fazia pela Unimed. Aí, o médico falou: Dona M a senhora tá decidida? Eu falei: tô. Eu queria já embora, eu não queria saber, sabe? E aí, nasceu dia 4, de cesária. O médico operou para não ter mais filho, graças a Deus! Eu tenho sete.

P: Acha que foi?

M: Os outros fazer xixi tudo bem., não era todos os dias, sabe?

P: Igual ele?

M: Ele é mais rebelde, sabe? Ele é diferente dos outros.

P: Ele foi o último?

M: Ele é, eu tenho filha de vinte e sete anos.

P: O pai dele, a senhora não fala com ele?

M: Tô com ele!

P: Ah! Tá?

M: Deus uniu totalmente, sabe? Depois que o menino nasceu, aí ele foi ver no hospital (...) aí, a gente (...) veio pra casa. Aí, a vida da gente mudou.

P: Voltando um pouco, como o CE1 é tratado pela família, com relação a esse problema? A senhora sente apoio da família?

M: Muito bem. A minha menina de dezoito anos, caçula, caçoa dele todos os dias. Quando vai limpar o quarto, xinga: ai, seu mijão. É uma briga! Chega os outros: ah! o CE1 faz xixi na cama! Chega os netos, que eu tenho netos da idade dele, ah! CE1 (...).

P: E com ele se sente?

M: Ele avança nela para brigar, chora, fica bravo!

P: E na escola? Existe algum outro lugar que ele freqüente que exista algum preconceito quanto a isso?

M: Não, lá ele se dá muito bem.

P: Em casa, que medidas a senhora adota? Que atitude a senhora tem?

M: Nada.

P: Que atitude a senhora adota para evitar que ele faça xixi?

M: Ah! CE1, não bebe água para vê se você não faz xixi na cama. É só o que falo.

P: Então, só beber água que a senhora evita?

M: É. Guaraná, suco, qualquer líquido. Mas mesmo assim, ele faz xixi todo dia.

P: Além do líquido, a senhora tem algum comportamento com ele? Como a senhora age com ele, assim, quando levanta e está tudo molhado? A senhora vai lá?

M: Ah! Eu falo: Ai CE1! Fez xixi na cama de novo? Eu não bato (...) como não sou de bater, não bato.

P: Com os outros quando fazia xixi, a senhora (...)?

M: Eu (...) era mais braba, né? Com ele eu falo: CE1 sê fez de novo xixi na cama fio! É o que eu falo pra ele, né? Aí, ele fala: Ah! mãe. Entra no banheiro pra tomar banho. Ele já sente.

P: Com é seu hábito diariamente?

M: Ele não dorme de coberta, tem plástico no colchão. Todo dia eu tiro, ponho no sol. Como hoje não tem sol, eu passo álcool no plástico. Dorme na coberta, ponho o lençol. A coberta eu lavo duas vezes por dia que daí, não fica fedendo.

P: A senhora acha que, no seu ambiente familiar, existe alguma coisa que provoque ou favoreça que ele urine à noite?

M: Não, eu acho que o Fábio (...) ele é muito medroso. Ele é muito medroso, sabe? Ele é uma criança (...) que não dorme sozinho no quarto dele. Vamos supor (...) ele tá assistindo televisão e se ele dorme, ele dorme com nós no sofá, senão com o pai dele na minha cama. Ele vai lá, deita., porque ele tem medo de tudo. Ele não fica sozinho. Ele não fica sozinho de jeito maneira dentro de casa. Seja de dia, de noite, ele não fica. Ele tem um tipo assim (...) dum temor de medo.

P: É relacionado com alguma coisa específica?

M: É isso que eu gostaria de saber, sabe doutora. Porque eu (...) a gente freqüenta a igreja quadrangular e eu já falei com a pastora. Ela fez oração, mas não melhorou nada, entendeu? Aí, eu até emocionei agora quando a menina falou de psicólogo. Que era o meu sonho passar ele pro

psicólogo, entendeu? Porque eu tenho um problema assim (...) familiar. O meu marido é uma pessoa muito calada, muito! E os outros filhos dele pegou o jeito dele. E a psicóloga lá da guardinha falou que é um bloqueio que a minha filha tinha e que vem do meu marido. Só que nenhum dos dois se abriu e a Doutora não soube dizer.

P: Todos os seus filhos são do mesmo pai?

M: Duas não, cinco é.

P: Mas ele é o marido que a senhora queria se separar ?

M: Isso.

P: Por quê a senhora queria se separar do pai dele?

M: Porque é uma pessoa parada (...) Pra mim acho que é doente. Ele trabalha (...) ele não ganha nem pra ele.

P: Mas o que aconteceu que a senhor resolveu tentar?

M: Foi mais por causa do filho.

P: Mas aí a senhora começou a aceitar?

M: Não. Mas agora que ele cresceu, eu quero separar.

P: Mas na gestação, a senhora tentou tirar? E depois, o que aconteceu?

M: Ah! Quando nasceu mudou né.

P: Mas antes, a senhora passou uma gestação ruim?

M: Demais.

P: O que seu marido apresentava que a senhora não queria?

M: É uma pessoa que não tem atitude na vida. Trabalhou 26 anos numa firma, saiu sem direito a nada. Até hoje não entendo porque, entendeu ? Então, é uma pessoa assim (...).

P: Eu vou está aqui fazendo a pesquisa. E as mães que estiverem interessadas num trabalho em grupo para estar discutindo algumas questões, eu vou anotar o nome. Conforme for a demanda, nós começaremos num outro momento. Agora, infelizmente, eu não posso dar uma atenção necessária. Vamos voltar um pouco para a pesquisa.

P: A senhora achou, em algum momento, que deveria procurar tratamento para ele?

M: Sim, desde novinho. Uma psicóloga pra ajudar ele. Ele é muito (...).

P: O quê?

M: Ele é muito brabo. Não sei se é o termo que tem que falar.

P: O que é esse brabo?

M: Ele é muito brabo mesmo, nervoso. A senhora não consegue dar (...) remédio. Ele foi na PUC com três anos e meio, sangrou muito o nariz e teve hemorragia e seis médicos não conseguiu. Amarraram ele com lençol. Eu juro!

P: Que tipo de profissional a senhora procurou para ajudar nesse problema?

M: Até agora nada. Eu gostaria (...) eu acho pra mim, o caso seria de uma psicóloga. O que eu sinto é porque rejeitei ele.

P: A senhora acha que é por isso?

M: Eu acho.

P: Que também ele urina?

M: Também.

P: A senhora não pensou em procurar outro tipo de profissional, médico, pediatra?

M: Não. Eu falei com a médica a última vez.

P: Mas quando a senhora começou a perceber que ele fazia xixi todo dia, qual foi o primeiro profissional que a senhora pensou em procurar?

M: Eu acho que era médico. Porque eu acho que é verme. Eu achava que era verme.

P: Na família, tem algum parente que teve enurese? A senhora já teve?

M: O que é isso? Ah! Que faz xixi. Ah! Os irmãos, os irmãos mijou.

P: E assim parente tipo seus irmãos, a senhora lembra de algum?

M: Não posso lembrar.

P: Mas os irmãos sempre fizeram? Sete filhos que a senhora tem?

M: Sete com ele.

P: Quais são as maiores dificuldades que a senhora encontra para lidar com o fato do CE1 urinar à noite?

M: É os colchão, que estraga muito. Tem que trocar colchão de dois em dois anos, senão não agüenta não.

P: Que tipo de orientação a senhora acha que deveria existir para a família, nesse caso, especificamente?

M: Como assim?

P: Que tipo de trabalho pode ser feito para orientar a família?

M: Ah! Eu acho que procurar conversar. Como você (...) a doutora tem instrução. Às vezes, os pais pensa que tá criando certo, tá fazendo o errado. E às vezes não é, e a pessoa não sabe conversar. Eu acho. Então, seria uma psicóloga pra conversar com ele né? Às vezes, o de fora consegue mais do que de dentro.

P: Qual a sua expectativa na resolução desse problema? O que a senhora espera?

M: Meu sonho é uma psicóloga pra ele. Eu tenho certeza que a psicóloga seria a solução pra ele.

P: A senhora acha que um grupo de mães seria interessante, pra discutir essa problemática?

M: Muito bom.

P: Porque a senhora até agora não procurou um profissional? A senhora só pensou, mas não procurou?

M: Não.

P: A senhora não procurou nem na PUC?

M: A minha vida é corrida, não é fácil não.

P: E sobre a urina? Não te incomoda?

M: Vou fazer o quê? Ele não pára! É duro, não é fácil. Não que eu não queira.

P: E o que a senhora faz?

M: Só falo pra ele. Às vezes, falo braba mesmo, xingo ele, não adianta.

P: Então, na sua opinião, seria legal um acompanhamento?

M: No meu caso, um médico não seria tão importante. Acho que um psicólogo, no meu caso. Ele é muito brabo!

P: A senhora acha que tem outro motivo da brabeza?

M: Tem outro motivo sim.

ENTREVISTA 2

P: Você sabe o que é a enurese?

M: É quando a pessoa (...) a criança faz xixi na cama. Ele até uns dois anos e meio, ele não fazia xixi. Ele se controlava, aí depois da primeira internação dele ele teve tipo uma recaída, aí ele começou a fazer xixi.

P: Da internação de quê?

M: Por causa mesmo da triptasia, broncoespasmo.

P: Ele tem asma desde criança?

M: É, mas era bronquite, agora vai evoluindo

P: Ele usa medicamento controlado?

M: Controlado. Ai, ele (...) até dois anos e meio ele não fazia mais xixi, não usava mais fraldinha nem nada, depois com dois anos e oito meses ele teve a primeira internação. Aí ele voltou a usar fralda, teve tipo de regressão mesmo. Aí, ele já não controlava, já fazia xixi. Aí quando tava com uns três anos e meio, aí ele parou. Só que agora a gente percebe que quando ele tem assim alguma crise emocional é (...) quando eu me altero bastante com ele assim (...) e às vezes, quando tá perto de ter uma crise asmática, uns três dias antes, ele começa a fazer. E se o tempo assim, tem mudança de temperatura principalmente, aí ele começa a fazer xixi mesmo.

P: Quantas vezes por semana ele faz xixi? É a noite?

M: Tem dia que ele chega a fazer dois por noite, dois xixi na cama por noite.

P: Mas assim por semana, quantas vezes ?

M: Por semana uns três dias.

P: E sempre à noite?

M: Sempre à noite. Não, tem casos assim (...) que ele dorme de dia, ele faz xixi também. Se ele dormi seis horas da manhã, eu tiro ele: Oh ! CE2 vai fazer xixi. Se ele dormir até às dez, que às vezes ele fica, ele chega a fazer xixi.

P: Como você começou a perceber que ele fazia xixi?

M: A partir dos quatro anos e meio, mais ou menos. Até então, eu achava que era normal.

P: Com você percebeu assim, porque à noite tava tudo molhado?

M: Porque eu tenho mania de acordar e vê né, se eles tão coberto. E de manhã mesmo, na hora que eles levantavam, tava tudo molhado.

P: Eu sei. Então, às vezes é de dia e às vezes é de noite?

M: Isso.

P: Que tipo de sensação desperta em você quanto a esse problema, como você se sente?

M: Eu me sinto frustrada. Sabe assim (...) porque (...) a gente tá orientando ele, ao mesmo tempo, sabe que não é, não depende, não é especificamente dele, não depende só dele e não tenho muito (...) eu me vej (...) é assim, é como se eu não tivesse muita coisa o que fazer. Eu fico tirando ele várias vezes da cama pra fazer xixi. Antes de dormir vai fazer xixi, depois de umas certas horas se eu acordo, vai fazer xixi. Até porque ele já se incomoda quando ele faz xixi na cama, ele tem vergonha, fica envergonhado porque ele tem um irmaozinho de três anos que não faz xixi mais na cama. Dá pra perceber que ele fica bastante (...).

P: Quantos filhos a senhora tem?

M: Três.

P: Como que ele é tratado pela família, pelos outros irmãos, pela senhora? Tem apoio da família?

M: Não, ele tem apoio sim né. O meu filho mais velho que é mais assim carrasco: Ah! Sê já fez xixi na cama? Assim tem apoio, apesar de eu tá sempre chamando atenção dele a gente tem apoio, explico que não é, mas que ele tem que fazer esforço direito de acordar. Às vezes, eu fico brava também, Às vezes, eu fico brava, eu fico muito (...) que nem a semana passada mesmo ele fez xixi, acordei por volta de uma e meia, ele tinha feito xixi. Aí eu peguei, troquei ele, quando foi quatro e meia ele tinha feito xixi de novo. Aí eu fiquei brava mesmo. Mas, na medida do possível, eu dou apoio. Tem certas coisas que fogem um pouco do controle da gente né?

P: Quando a senhora fica brava, o que a senhora faz?

M: Ah! Eu falo pra ele: já falei pra você tentar ir no banheiro, tem que ir ao banheiro, tomar menos água à noite. Ele gosta de refrigerante, eu falo assim: num deve nunca tomar refrigerante à noite.

P: Na escola existe algum preconceito, ou em outro lugar que ele frequenta, como que ele é tratado?

M: Não.

P: Dentro de casa, que medidas você adota para evitar, prevenir. O que a senhora faz em casa? Qual o seu hábito diário?

M: Bom, eu tipo assim, antes dele dormir, eu ponho ele pra fazer xixi, tem que lembrar ele de fazer xixi, se eu acordo no meio da noite eu tiro ele, vai fazer xixi. Eu sei que geralmente se eu deixar ele até às oito horas nove horas, eu sei com certeza que ele vai fazer xixi. Eu acordo seis horas, já acordo ele CE2 vai ao banheiro e não gosto mesmo que ele fica tomando muito líquido à noite, evito mesmo refrigerante, suco, o que for. Ele toma um copo e não deixa mais ele tomar. E converso com ele, até porque eu falo pra ele que eu fiz xixi até sete anos na cama. Eu falo pra ele foi difícil, mas eu consegui. Quando eu ia para a escola eu tinha vergonha.

P: Como a senhora acha que ele se sente, com vergonha também?

M: Ah! Ele fica, fica muito envergonhado. Não, vergonha não. Vergonha dele fazer xixi na cama não. Às vezes, eu fico meia brava assim, mas, vergonha não.

P: Mas isso não incomoda para ir para casa de amigos dele, para viajar?

M: O engraçado é que ele vai pra casa do pai dele e (...) às vezes, ele faz xixi na cama e às vezes não, ele fica bem. A família do pai dele também é esclarecida, não tira sarro.

P: Na sua casa, a senhora acha que tem alguma coisa que provoque ou favoreça que ele urine?

M: Eu acho que o que causou mesmo nele é que ele sempre foi assim (...) uma pessoa bastante apegada ao pai dele né. Aí, depois que a gente se separou, ele ficou bastante emotivo, ficou uma criança mas (...) como é que eu posso te dizer (...) ele apesar de ser bastante alegrinho assim, ele é mais carismático, mais carente né. Quando o pai dele demora muito assim, que ele trabalha final de semana, demora de quinze a vinte dias sem ver ele, ele já fica meio abatido. E o mesmo também talvez a doença dele mesmo, que dificulta um pouco.

P: Ele tem asma desde criança?

M: Desde um meszinho, demorou pra descobrir.

P: O médico falou qual é a causa disso?

M: Investiga, investiga e não acha a causa. Porque já investigou alergias, já investigou XXX toxoplasmose e não achou nada. Alergias assim ele tem mas (...) causa emocional também, agora tá investigando causa emocional.

P: Em que momento a senhora achou que devia procurar um tratamento?

M: Ah! Eu comecei a pensar de um ano pra cá, mais ou menos.

P: Que tipo de profissional a senhora pensou?

M: Psicologia. Psicólogo mesmo.

P: Porque?

M: Ah! Porque como eu (...) pelo que eu percebo, vai muito assim de causa emocional mesmo, do emocional dele. Acho que é psicólogo mesmo.

P: A senhora falou que já teve enurese, a senhora lembra como é que foi?

M: Até os sete anos.

P: A senhora lembra como é que foi?

M: Acho que foi a vontade de ir para a escola (riso). Porque meu pai falava assim, que enquanto eu chupava dedo né, e eu chupava dedo e fazia xixi na cama, aí meu pai falou que enquanto eu chupasse dedo e fizesse xixi na cama, ele ia dormir matriculado numa escola. Aí eu lembro que eu tinha uma vontade de ir para a escola, ficava vendo o pessoal mais velho vindo, tal. Mas também talvez por causa da idade.

P: Além da senhora, os irmãos dele fizeram? Quem mais tem na família?

M: Meus meninos, os outros dois não. Mas eu tenho um irmão. Nossa! ele fez xixi até quase quinze anos. Mas ele tem problema emocional, ele tem problema (...) ele não é (...) ele tem problema psicológico mesmo.

P: Quais são as maiores dificuldades que a senhora encontra para lidar com esse problema diariamente?

M: Sabe que eu não parei pra pensar nisso ainda !

P: Não parou ? Será ?

M: A única coisa que eu fico muito brava é que ele dorme comigo né ? Eu fico muito brava que ele faz xixi no meu colchão, muito brava que ele suja roupas e mais roupas. Mas (...).

P: E com é o seu comportamento quando fica brava? O que a senhora fala ?

M: Ai CE2 de novo ! já falei pra você. Você tem que ir ao banheiro. Poxa! mas desse jeito não dá, desse jeito vai ficar sobrecarregando. É isso.

P: Mas nunca bateu?

M: Não. Bater não, apesar de eu falar alto. É que com eles assim eu não costumo bater. Eu costumo ser bem enérgica. Mas evito, vixe! (...) o máximo que eu posso. Bater não.

P: Que tipo de orientação preventiva a senhora acha que devia existir para a família?

M: É que a maioria das famílias, eu acho, que confunde isso daí com preguiça da criança. Preguiça da criança levantar da cama, às vezes acha que a criança tá até acordada, mas tem preguiça de se levantar, de acordar, de ir até banheiro.

P: E a senhora acha que não é isso?

M: Não, acho que não. Acho que é involuntário mesmo. Acho que a criança não consegue (...) não tem controle mesmo. Que no meu caso assim, eu já li algumas coisas sobre isso né. A partir do momento que eu comecei a observar, aí eu comecei a me interessar. Mas a maioria das pessoas não tem informação alguma.

Até porque ele tem seis anos ainda né. Ele já tem.(...) ele já fala: ai mãe eu já fui no banheiro. Ele mesmo já tem aquela iniciativa né. Ele não é aquela criança que fica (...) ele não esconde de mim. Tem criança que tem tendência a esconder né, espera secar. Ele mesmo já levanta, já troca de roupa, já toma banho. Esses dias minha mãe falou: porque que você vai tomar banho? Porque eu fiz xixi. Ah! Mais vai trocar a roupa. Não mais o cheiro fica em mim do mesmo jeito. Quer dizer ele já tá bem assim (...).Eu procuro orientar o máximo que eu posso, aprender, eu não sabia nada sobre asma, a partir do momento que me falaram que ele tinha asma, eu já fui aprender o que era asma.

P: Qual, assim, a tua expectativa com relação a solução desse problema?

M: Acho que se ele amadurecer um pouquinho psicologicamente eu acho que (...) falta amadurecer mesmo a mentalidade.

P: Porque o controle ele teve?

M: Olha com um ano e três meses ele já não usava mais fralda. Ele já dormia na cama sem fraldinha, sem nada. Foi depois da internação. A primeira internação dele foi longa, foi vinte e cinco dias.

P: Ele já não fazia xixi?

M: Não. Depois ele regrediu. Aí que ele regrediu, voltou a fazer xixi na fralda, cocô, tudo.

P: E quando ele parou de novo?

M: Quando eu cheguei em casa, ele já tinha um peniquinho né, eu incentivava ele a ir no peniquinho mesmo, que eu sabia que ele ia fazer xixi, mas eu deixava ele.

P: Que idade que foi a primeira internação?

M: Tava com dois anos e oito meses. Foi em 98, não, 98 (...) é 98. Abril de 98.

P: Depois de quanto tempo parou de novo?

M: Ficou uns três anos e meio. Daí, com quatro anos e meio ele começou.

P: Na PUC, ele está sendo atendido por Psicólogo?

M: Não

P: O que a senhora acha de um grupo de mães para discutir essas questões?

M: A idéia ótima! Porque troca experiência né. Eu acho assim (...) que o meu menino por mais assim que ele ainda tenha (...) talvez ele esteja até em melhores condições que algumas outras crianças que fazem todos os dias, todos os dias. No caso de criança na escola que vai cheirando a xixi, todo santo dia. Então fica difícil. Eu tenho um sobrinho, ele tem oito anos agora, ele fazia até os sete anos sem controle mesmo. Agora que ele começou a melhorar.

P: Quando que ele começou a melhorar ?

M: Ele começou a se destacar na escola. Começou a tirar só ótimo na escola, ótimo, ótimo. Parece que ele foi se autovalorizando né (...) que a agora ele não faz mais.

P: Quando a senhora falou que se sente frustrada, por quê?

M: Porque não tem o que fazer. É só esperar né, trabalhar, entender. Apesar que, tem hora que a gente também não segura as emoções da gente né. Esperar mesmo o amadurecimento dele. Que é (...) tem hora que agente tem que ser (...) tem que ser carinhosa, vou ter que entender a situação dele, mas tem hora que eu vou tá estressada, não é todo dia que eu vou tá legal. Tem dia que vou tá estressada, tem dia que eu vou tá cansada. Não é todo dia que eu vou ter (...) ter (...) é (...) o lado emocional preparado mesmo, pra tá lidando com a situação.

P: Em casa, que medidas mesmo a senhora toma para ele não urinar?

M: Bom, eu tento corrigir muito o meu menino mais velho né, porque o menino fica pegando muito no pé. E eu fico: ai, não é assim. Tem que entender seu irmão, sê tem que conversar com ele, não é dessa maneira, ninguém é igual a ninguém né.

P: Ficando pegando no pé dele como assim?

M: Ficando XXX porque faz xixi na cama, é muito grande. Essas coisas. Aí eu fico corrigindo, explicando pra ele. Até esses dias eu falei pra ele: olha (...) foi no dia que ele fez xixi duas vezes xixi na cama, eu tô preocupado com o CE2, acho que ele vai ter alguma crise, toda vez que ele tá pra ter crise eu vejo que ele começa a fazer xixi. Aí, ele ficou todo preocupado: ai mãe será que ele vai ter aquelas crises?. É pra ficar atento, a gente tem que ficar prestando atenção. E converso bastante com ele, eu percebo assim que quando ele tá mais alegre assim, que ele tá mais (...) quando ele tá bem com ele mesmo, que ele tá contente, que ele tá alegre.

P: A senhora chegou a procurar algum psicólogo?

M: Ainda não. Eu acho que já é um limite, até sete anos já não consegue resolver o problema sozinho. Eu demorei mesmo pra perceber mesmo que fosse isso. No começo, achava que não era, que era normal. Até quatro anos, eu achava assim que era normal. Não achava que fosse algum problema (...). De um ano pra cá, é que eu comecei a me tocar assim (...). Ah! mais eu acho que não tá bem. Antes eu não achava que era problema, achava que era normal. Até a regressão dele entre os dois anos e oito meses. Como ele usava fralda, as crianças usavam. Como eu fiquei no quarto que tinha muitas mãe, muitas crianças, e nem todas as mães exigiam, que tem que ter no hospital. Eu também acho que me acomodei colocando de novo fralda nele. Era mais fácil manter ele na fralda do que ficar lavando o banheiro para ele ficar usando. Apesar das pessoas passarem, fazer a limpeza, mas tem mãe que não tem noção de higiene alguma né.

ENTREVISTA 3

M: Não é todas as noites que ele faz xixi na cama. Que nem eu tava falando pra doutora, ele acorda e pede mamadeira, eu levo ele pra fazer xixi, aí ele pede mamadeira. E às vezes, ele acorda e já fez xixi. Então, essa sensação de tá tudo mijado, às vezes, se dorme com a gente já faz na gente também, aí tem que ficar (...) tomar banho de manhã, todo mundo toma mesmo, mas aí de madrugada sê fica molhada , sê tem que levantar, tomar banho e incomoda.

P: Ele dorme com você?

M: Não todas as noites, mas a maioria. Assim o comportamento dele é normal, ele não me dá tanto trabalho (...) só que ele tá com essa idade de quatro anos e faz muita birra. Não sei se ele quer chamar atenção porque eu trabalho, fico longe dele né, daí a hora que eu chego, ele quer toda a atenção pra ele. E é assim (...) eu acho que eu dou mais atenção pra ele, por ele ser o caçula, do que pro outros e (...).é (...) agora o relacionamento assim (...) eu acho que tudo afeta né, porque eu tenho um relacionamento bem com meu marido mas às vezes, como todo mundo tem problema, também muitas vezes a gente tem em casa. Meu marido ele é uma pessoa assim, que ele não apoia muito (...) ele é o pai dos três. A gente tem um relacionamento meio difícil, quando nós fomos morar junto há onze anos atrás, eu estava grávida né, então foi difícil tanto pra mim quanto pra ele, que a gente tinha uma certa independência, eu tinha o meu serviço e ele tinha o dele. Então (...) não é (...) tipo aquela coisa forçada (...) mas não foi, eu deixei bem claro (...) se ele quisesse ficar comigo ficasse. Mas ele interfere assim (...) às vezes eu falo pra ele não é assim que educa, vamos educar de outra maneira, às vezes até na hora ele concorda mas é (...) tipo, as crianças recorrem mais a ele tipo assim: ah! deixa eu fazer tal coisa, deixa eu andar de bicicleta, eu posso ir em tal lugar. Porque tudo ele é o bonzinho e eu sou a ruim entendeu? Daí eu falo assim pra as crianças, é mãe é muito fácil né, porque mãe sempre é a mãe mas o pai, tá sempre longe então (...).

P: Tá longe em que sentido ?

M: Assim (...) trabalha o dia inteiro né, só chega à noite, então fica menos tempo. Então a hora que chega é só jantar, vê as contas o que tem que pagar o que não tem, dali a pouco é dormir. Então, basicamente a educação sobra pra mim né . Mas assim como pai, ele é excelente, ele sempre dá carinho pra as crianças, eu acho que às vezes ele não corrige na hora que precisa corrigir mas, cada um tem o seu jeito. Agora eu não sei se isso interfere alguma coisa.

P: Os teus outros filhos fizeram xixi?

M: Não, que eu me lembre não. Eu acho que não.

P: No caso, ele nunca parou ?

M: Não. Ele não fazia. É assim (...) ele parou (...) acho que com dois aninhos, ele já não usava mais fralda, daí ele não fazia na cama e tem (...) acho que agora ele tá com quatro, já tem mais ou menos deixa eu ver (...) de setembro pra cá, uns oito ou nove meses que ele tá fazendo. Mas tem noite que ele não faz. Então eu não sei.

P: Mais ou menos, quantas vezes assim por semana ele faz?

M: De sete dias cinco ele faz. E é bastante né ?

P: É só à noite ? Como você percebe que ele fez xixi ?

M: Porque ele dorme comigo e porque, também, eu acordo às vezes, quando ele tá dormindo, eu acordo de madrugada vou cobrir assim sabe, ponho coberta, aí eu vejo, eu tiro a roupa. Porque eu não dou banho nele de madrugada, a não ser quando vomita, faz alguma coisa assim né. Mas daí, eu tiro aquela roupa com xixi coloco outra né, porque eu acho (...) não sei se é certo ou se é errado, eu acho que é errado ele dormir gelado. Então aí eu troco ele.

P: Isso sempre?

M: Difícil a noite que eu durmo a noite toda.

P: Sem levantar pra trocar ? Além disso, o que você mais você faz?

M: Não, assim à noite, a hora que todo mundo vai dormir, eu coloco ele pra fazer xixi, mas muitas vezes ele fala que não quer, que não tá com vontade. E (...) às vezes, a gente fala assim: se você fizer xixi na cama a gente (...) você vai acordar e eu vou te bater.

P: Quem fala isso?

M: Ou eu ou o meu marido: Ah! Sê não vai dormir comigo não, porque você mija em mim, meu marido fala né, aí não dá. Eu acho que não tem muita importância dele fazer xixi, na verdade tem entendeu ? Mas eu não fico tão brava, nem meu marido. Por isso que eu acho que às vezes ele se acostuma.

P: Mas você falou que, às vezes ,vocês falam que vão bater nele para ele não fazer xixi.

M: É, as vezes, fala assim: ah! se você fizer xixi, você vai apanhar hein, porque ficar mijando na gente onde já se viu!

P: Por que ele tá dormindo com você? Ele tem um quarto dele?

M: Tem um quarto que é deles. Dos três né, mas não tem assim (...) o berço dele eu dei. Então, (...) porque ele já não dormia mais no berço, aí não tinha muito espaço, aí eu dei, aí ou ele dorme com a irmã ou ele dorme com o irmão.

P: Ele não tem uma cama pra ele?

M: Ele não tem uma cama. Não tem nem espaço pra pôr uma cama. Teria que ser uma treliche né, pra os três. Aí o irmão, eu coloco um colchão, que ele gosta de dormir no chão, eu coloco um colchão no chão, e a irmã dorme na cama, aí o CE3 dorme no chão ou dorme com a irmã.

P: No chão, no colchaozinho ?

M: Não ele gosta só que ele é assim, o dia que ele quer ele vai e dorme. Mas ele sente muito ciúmes também, de eu dormir com meu marido. Então ele quer dormir junto, ele fala assim: ah! sê já vai beijar meu pai ? então eu vou dormir junto. Talvez isso também.

P: Mas sempre vocês destinaram o colchão no chão pra ele dormir ou não? Ou foi escolha dele?

M: Desde quando eu dei o berço, daí alguns dias ele dormiu comigo, aí depois eu falava pra ele: não vai dormir com o irmão porque você já tá grande né, aí ele ia dormir com o irmão.

P: Mas a cama dá para eles dois dormirem?

M: Dá.

P: E o berço, você tirou mesmo por causa de espaço?

M: É. O berço eu dei pra uma outra criança que nasceu, que a mãe não tinha, daí eu peguei e dei o berço dele.

P: O que você ia falar mais ?

M: Não. Ah! não teve muita escolha. No fim ele acabou (...) ah! hoje sê vai dormir aqui, aí ele foi entendeu ? E (...) hoje você pode dormir com agente, aí ele dormia. Aí tem dia que ele fala assim: ah! hoje eu vou dormir aqui.

P: Como que é a sensação dele dormir com você ? Eu não sei em que posição vocês colocam ele na cama, se no meio de vocês dois. Como é que é?

M: Ah! às vezes, ele dorme no meio, às vezes ele dorme (...) ele gosta de dormir muito no canto porque ele não gosta de cobrir. E eu já gosto de cobrir, meu marido também não se cobre mas, ele gosta de dormir no canto porque ele põe os pés na parede. Porque ele vem sente bastante calor. Aí (...) geralmente quando ele faz xixi, acaba (...) fica um montão na gente mesmo. E ele mesmo fica (...) continua dormindo e a gente que levanta pra se trocar.

P: Às vezes, também afeta vocês ? Vocês também tem que se trocar ?

M: Não. Já aconteceu poucas vezes. Porque quando eu percebo (...) já teve vezes dele fazer xixi e eu perceber que ele (...) quentinho assim, aí levanta rápido entendeu, nem molha.

P: Tem a troca que você faz, e qual é outra coisa que você faz ?

M: De não beber, não comer. Às vezes, tipo chupar melancia à noite eu não gosto que ele chupa, porque daí eu sei que ele vai fazer xixi na cama. E também, esses tempos atrás, eu comprei uma fralda pra um nenê que ia nascer, e ele acabou descobrindo porque eu não levei né, foi pra uma menina lá da PUC, e eu não levei. Aí ele descobriu no guarda roupa e ele começou a querer usar fralda. Então, acho que daí ele também começou a querer fazer xixi mais por causa disto também.

P: Ele colocou nele ?

M: Ele mesmo pediu pra colocar nele, a minha filha colocou.

P: E você não sabia ?

M: Não. Depois o outro dia, ele falou assim: mãe de quem que é essa fralda ? Agora é minha, que eu que vou usar. Tava no guarda roupa. Aí ele tomou banho e falou assim: agora sê põe essa fralda em mim ? Igual um nenê e eu coloquei a fralda nele. Ele viu a hora que meu marido chegou e ele falou assim: hoje eu vou dormir com vocês, porque eu tô de fralda, não vou fazer xixi!

P: E no caso, esse chão não é muito gelado? Como é o piso?

M: É rústico, não tem piso. De ser gelado (...) eu não sei.

P: Me conta como é a saúde dele.

M: Ele é uma criança super saudável. Quase nunca fica doente. Dificilmente eu trago ele no Posto, poucas vezes. Ele teve um vírus, ficou dez dias com aquele vírus do verão lá. Mas quanto a doença assim, ele nunca me deu trabalho. Ele teve um começo de pneumonia mas, acho que ele tinha um ano. Mas foi bem pouquinho, em uma semana ele já tava bem. Eu acho que ele é (...) assim a gente, na medida do possível, ele come mais ou menos bem. Tipo muita fruta assim, fruta da época, que é mais em conta, acho que nisso que ajuda também.

P: Ele come de tudo ?

M: Come de tudo, então tá assim balanceado né.

P: Quando você sai pra trabalhar, ele fica com quem ?

M: Fica com a irmã, que tem onze anos, até meio dia e meio. Aí depois ele vai (...) assim de manhã, eles comem o que tem, se ela compra pão, se ela fritar ovo, eles comem pão com ovo no café. Daí no almoço, eu sempre deixo pronto, aí eles esquentam e comem.

P: E aí você retorna três horas da tarde ?

M: Três horas.

P: E aí ele fica com quem nesse período que ela vai para a escola ?

M: Então, quando ela vai para a escola, ele fica com o de nove, que eu te falei que até todo tendo problemas porque eu preciso urgente assim arrumar creche pra ele né, só que pra mim arrumar pra ele, eu já vi aqui na creche mas tem 41 crianças na frente.

P: Esse de nove, ele estuda ?

M: Ele estuda de manhã. Ele volta onze e meia e daí troca.

M: Ah! eles estão aprontando muita (...) nossa! o da antena, eles subiram na antena, daí eu tive que tirar a antena com medo deles caírem.

P: Os dois ?

M: Os dois, encima da casa. Daí os vizinhos, lógico, começou a falar né porque eu não sei (...). não é tanto pelo mal, mas pra avisar né que corria risco e lógico que eu sei que corre risco. Aí eu falei pro meu marido que trabalhar por duzentos reais não tá compensando (...) porque vai chegar um dia, que eu vou chegar aqui e vai acontecer alguma coisa. Esses dias também, eles queimaram sacola, que é um perigo ! Depois, um outro dia, eles quase se trancaram no porta-malas do carro. Daí eu comecei a esconder a chave do carro pra eles não poderem ficar.

P: O carro fica lá quando vocês saem pra trabalhar?

M: Fica lá. Daí eles entravam dentro do carro, ouviam música, até aí tudo bem né. Mas até o dia que eu soube que eles estavam entrando dentro do porta mala.

P: Como vocês ficavam sabendo que essas coisas aconteceram?

M: Da antena os vizinhos falaram, daí eu peguei e pedi pro meu vizinho me ajudar e cortei a antena, tirei. Agora encima da casa, eles não sobem mais. Da sacola, eu cheguei e daí eu tava limpando o quintal aí quando vi uma sacola queimada sabe, quando pega fósforo né. Aí eu expliquei pra eles, porque eles não tem idade pra entender eu acho, por mais que você fala. Daí eu expliquei, da necessidade que a gente tá passando né, por enquanto, eu e meu marido. Então que eles ajudassem assim, não aprontassem tanta coisa né, porque seu for pagar alguém, eu não vou ter como, porque com duzentos reais (...) se eu for pagar alguém !

P: Seu marido faz o quê?

M: Ele é serralheiro. Ele até que tira mais ou menos. Só que a gente tá pagando a prestação do carro, a prestação da casa, telefone até deixamos cortar porque tava pesando na despesa. Aí é compra, água, luz, que vem bastante, e então é muitas despesas sabe e pouco (...). Aí no fim, quando eu tava trabalhando na PUC, aí nós compramos uma geladeira e um som, que a minha filha tava querendo, e agora tem que pagar né, que eu fiz em um monte de vezes. Então, por enquanto, tá muita conta. Dá pra mim sair, dá entendeu, só que eu sei que vai pesar mais ainda. Aí eu fico assim balançada né, porque primeiro eu tenho que cuidar dos filhos. Mais aí eu penso, também, que eu tenho que pagar minhas contas e eu não quero que meu nome vá pro SPC (...)

mais fica complicado né. Eu tô levando o currículo, eu fiz, lá no Shopping Dom Pedro eu fui, levei, e levei em outros lugares até eu conseguir um serviço melhor né.

P: Você está procurando um que ganhe mais ?

M: É, tô procurando um que ganhe mais.

P: No caso do trabalho, você sempre trabalhou ?

M: Eu sempre trabalhei. Desde os doze anos, eu já fazia uma fezinha ou outra. Olhava criança ou limpava a casa de alguém pra ter o meu dinheirinho né, não que meus pais não davam, davam mas, eu queria ter (...). Aí com.(...) acho que 16, com 17, eu já fui registrada, já comecei a trabalhar, depois já fui trabalhar no shopping. Aí depois que eu tive a minha filha, daí quando ela tava com sete meses, eu parei de trabalhar porque não tinha assim (...) não acertava quem olhasse, e meu marido não aceitava que eu colocasse em creche.

P: E ele não coloca o CE3 por isso ?

M: Não. O CE3 foi porque (...) o ano passado, eu fui e me parece que faltava quatro crianças. Mas como eu arrumei um serviço na PUC, eu trabalhava das seis da manhã ao meio dia, então meio dia e meio eu tava já em casa, Então não precisava, aí eu não deixei. Aí eu voltei pra escola em outubro, aí eu não fiz cadastramento dele porque tava assim bem. Mas agora, que eles tão aprontando mais coisas assim, eu tô começando a ficar com medo. Acho que vou acabar saindo do meu serviço pra poder ficar com eles.

P: A sua outra filha é mais tranqüila ?

M: Não. Ela me ajuda bastante sabe, se precisar ela faz todo o serviço. Falo que não precisa se ficar (...) se preocupando com a casa, eu falo: olha o CE3 pra mim, já ótimo. Ela é nervosa assim, eu acho assim que devido a eu precisar muito dela, ela acaba ficando assim (...) tipo (...) todo mundo fala pra mim que eu sou muito precavida. Então, ela tem muita responsabilidade, eu acho que deve ser por isso né ?

P: O que você acha ? Que você sobrecarrega ela ?

M: Ah! eu acho que sim. Porque assim (...) ela tava com um aninho quando eu engravidei do irmão, daí desde novinho ela teve que aprender (...) um ano e oito meses ele nasceu então, ela teve que andar, aprender a andar logo né, se virar em tudo. Então eu acho que nessa parte, ela tornou uma criança responsável. Mas eu deixo ela brincar, eu não gosto muito que vai assim ficar brincando na rua sabe. Mas a hora que eu chego assim. (...) quando ela chega da escola às 5h30, aí eu deixo ela brincar um pouco. Eu deixo ela ir assim fim de semana, às vezes, eu deixo ela ir pra casa da minha irmã, que ela gosta de ir lá, daí eu deixo. Pra ela ter também um pouco de lazer né, porque se ela ficar assim (...) só que no fim de semana também, ela não faz nada, eu não deixo ela fazer nada. Então numa parte né eu acho assim (...) eu me sinto até um pouco folgada porque ela lava louça, dá uma arrumadinha na casa, todo dia ela faz isso e ainda olha o CE3. Mas no Sábado, que eu tô em casa, sábado e Domingo, ela não faz nada, daí eu deixo ela bem à vontade.

P: Mas no caso, você gosta de trabalhar mesmo né?

M: Eu sinto necessidade de trabalhar. Eu acho que se eu ficar em casa, eu vou ficar mais assim (...) eu vou ficar muito nervosa. Porque eles ficam o tempo todo assim, um caçando briga com o

outro e eu sempre explicando, falando pra eles, não é assim, não faz assim. E eles criança né. Aí eu acho que se eu ficar em casa, eu vou ficar mais assim, como fala ,mais nervosa.

P: Mas você se acha uma pessoa nervosa ?

M: Assim (...) aí é difícil de explicar. Todo mundo que conversa comigo fala: nossa mais você é tão calma, você tem tanta paciência. Mesmo no serviço, que é o tempo todo lidando com criança, é criança que machuca, criança que vai na secretaria porque apronta algum. Aí todo mundo fala: nossa mais você é tão calma. Mas eu chego em casa, eu converso com eles, eu falo pra eles, eu tô pondo a necessidade que tô precisando trabalhar e eles nem se importam sabe ? E aquele tal (...) filho dos outros é uma coisa né, filho da gente é outra.

P: Você acha que eles não te entendem ?

M: Eu acho assim, sê fala uma coisa um monte de vez, sê tá explicando o que é certo e não tá nem aí, não tá ligando. Eu não sei.

P: É essa a sensação que você tem ?

M: É essa a sensação que eu tenho. Que eu tô ensinando tudo certo e eles tão querendo fazer tudo ao contrário. Não sei se é normal. Eu até, uma vez, fui numa Psicóloga mas tem muitos anos e eu comecei a conversar com ela, falar tudo assim o que eu sentia, daí ela falou: eu acho que quem tá precisando de Psicóloga é você. Daí eu falei: Ah! tudo bem. Então, como que (...) aí eu comecei a falar da minha vida. Ela falou assim: Olha resumindo, você tem que separar do seu marido porque eu acho que o relacionamento de vocês não é bom. Daí eu cheguei em casa assim, e fiquei pensando. Mas ou menos ela me disse assim ,quase isso, mas o problema tá aí entre você e o seu marido, eu acho que os dois, você e ele não tão se entendendo.

P: Você concordou ? Refletiu ?

M: Ah ! Pensando assim, daria até pra pensar que realmente. Se eu for chegar a uma conclusão, eu vou ver que, como que eu posso te dizer, que eu acho que eu tô meio complicada. Porque eu gostei muito do meu marido e hoje eu não sei, eu não tenho certeza XXX. Então é assim, é meio complicado, se ele fala que ele vai embora aí eu acho que ele não deve ir, e eu sinto que eu não quero que ele vá. Mas ao mesmo tempo, algumas atitudes assim que faz, aí eu falo: pra que ficar vivendo, eu sou tão nova, eu posso criar meus filhos sozinha. Aí ao mesmo tempo, eu falo não mas, é difícil criar os três. Sabe a minha cabeça, às vezes, balança. Aí pesa muito também que desde quando eu fui morar com ele, porque eu não me casei. Então desde quando eu fui morar com ele, eu sempre falei pra ele uma questão que eu nunca trairia ele, nunca faria nada de errado, mas que eu exigia assim sabe, que ele fosse uma pessoa correta e ele não foi. Então depois quando eu descobri, eu fui me decepcionando muito sabe, eu acho que.(...).

P: Você tá falando que ele é infiel ?

M: Não. Ele foi. Aí depois (...) quando a gente planejou (...) porque o CE3 nós planejamos. Então quando nós planejamos de ter o CE3, aí mudou bastante coisa sabe ? Eu percebi que (...) ele mudou. Ele era uma pessoa que sempre foi carinhoso, sempre atencioso mas daí, ele era diferente, ele era mais apaixonado e às vezes ele me cobra isso. Fala assim: mais você parece que não gosta de mim. Pra que ficar comigo, pensa direito M porque ainda tem tempo, porque eu não quero ficar com você por obrigação. Então de repente você não gosta mais de mim. Aí eu fico

pensando, porque a gente é muito amigo sabe, a gente conversa muito. Aí eu fico pensando: ah ! será que não é isso mesmo ? Aí depois se ele fala, que nem uma vez que nós brigamos, se ele fala de ir embora, aí eu começo a pensar, não é isso que eu quero. É complicado né ? É uma dúvida e não é. Não sei explicar. É complicado né ? E eu acho que isso afeta também meus filhos. Acho não, com certeza afeta meus filhos, porque muitas vezes, se eles vê a gente brigar ou eu falar alguma coisa (...).

P: Vocês brigam com frequência ?

M: Se acontece assim deles tarem acordado, eu acabo falando as coisas e nem (...) o que não deveria né, mas quando vejo já falei. E também, que ele fala assim pra mim: é no serviço você tá de sorrisinho, é só no serviço que você tá bem e aqui em casa você não tá bem. Aí é que eu fico, falo assim: não, não é assim!. Mas ele me cobra tanto isso, que eu acho que acaba afetando sabe.

P: Você casou grávida ?

M: É, eu fui morar com ele.

P: Sim mas de alguma forma, é um tipo de casamento, um tipo de compromisso. Pra você, foi uma coisa que você fez por você gostar dele ou foi uma coisa assim que foi pressão da sua família ? Como é que foi essa história ?

M: Eu conhecia ele muito nova. Mas não conhecia na verdade assim, só tinha de conhecimento. Assim, que eu ia na casa da irmã dele, mas de ter muito contato não.

P: Quanto tempo foi de namoro ?

M: Uma mês e onze dias. Muito pouco., aí a gente já tava morando junto e eu já estava grávida. Então foi assim, eu conheci ele com doze anos, aí eu tinha dezenove quando eu comecei assim a sair com ele, a (...). Aí um dia nós fomos num motel e a primeira vez que eu tive relação com ele, eu fiquei grávida. Daí depois a gente viajou junto e depois eu sofri um acidente de moto né, que eu tinha uma moto, daí na hora assim eu senti, eu já sabia mais ou menos que eu tava grávida né, porque meu corpo modificou assim muito rápido. E daí eu (...) daí ele foi na minha casa.

P: Mas não teve nenhum risco no acidente com a criança ?

M: Não. Eu tive ela de sete meses e meio mas, foi por estado assim mais emocional. Que começou (...) assim, eu não queria que nascesse, aí começou sabe um monte de problemas, aí eu comecei com contração.

P: Por quê você não queria que nascesse ?

M: Ah ! eu não lembro assim exatamente, faz tantos anos né. Mas eu lembro que aconteceu isso.

P: Os outros nasceram com nove meses certinho ?

M: Não. Nenhum nasceu de nove certinho. E o irmão foi gravidez normal, só que nasceu uns quinze dias antes. E o CE3 também, uns vinte dias antes.

P: Foi cesariana ?

M: Não. Tudo normal. E o CE3 que foi mais assim de risco, porque eu tive sangramento com três meses de grávida. Aí depois, eu fiquei lá na Unicamp, daí não podia fazer serviço que a barriga abaixava, não sei com é que é. Daí, eu não podia me esforçar muito, aí tinha sempre alguém que me ajudava, tem a minha vizinha que é muito minha amiga, tava lá sempre.

P: Mas no caso, depois da gravidez, o parto foi bom, não teve nenhum problema ?

M: Não, nenhum deles nasceram com nenhum problema, nem eu mesmo. Foi tudo normal.

P: No caso do CE3, você pensou alguma vez em procurar algum profissional por ele tá fazendo xixi, que tipo de pessoa você pensou em levar ?

M: Não. Eu nunca pensei em procurar nenhum médico porque por enquanto, eu ainda achei normal né. Porque assim (...) não sei (...) acho que tem várias crianças que até com mais idade faz né, então por isso que eu não pensei.

P: Como ele é com os irmãos, os irmãos sabem que ele faz xixi ? Com é que ele é tratado em casa ?

M: Sabe, normal. Eles tem assim um relacionamento até bom, são super carinhosos tudo. Mas brigam como todos os irmãos né. Assim, às vezes, tá tudo bem dali a pouco já tá brigando. Mas no caso dele fazer xixi não, ninguém nunca ficou nem tirando sarro, nem falando, nada.

P: Você lembra se você fez xixi na cama ou teve algum parente na sua família ?

M: Teve, eu mesma. Pode ser até hereditário. Eu acho que eu tinha uns oito anos e ainda eu fazia xixi na cama, e minha mãe ficava muito brava.

P: Você lembra como parou ?

M: Não, não lembro. Mas acho que foi essa idade, uns oito nove anos no máximo.

P: Sua mãe ficava muito brava ?

M: Ficava muito brava porque tinha que lavar todos os lençóis, todos os dias e colcha né. Às vezes, até coberta que se pegava né e agente era em quatro crianças. Nossa, era difícil pra minha mãe.

P: E no caso você lembra dos teus irmãos ?

M: Nós somos só em irmãs. Não me lembro não, de nenhuma delas. Pode ser até que faziam, mas eu não me lembro.

P: E como ele é com o teu marido, em relação a fazer xixi, como ele trata o CE3 ?

M: Às vezes, ele fica bravo, igual eu te falei, às vezes ele fala que vai (...) ah! se você fizer eu vou bater. Mas acaba não batendo não, porque não sei (...) acho que (...).

M: Mas já aconteceu alguma vez isso ?

M: Do quê ? Dele querer bater, assim porque fez xixi ?

P: É.

M: Não, nunca bateu. Ele só fala mesmo. Por enquanto tá tudo assim (...) a gente acha que é normal por enquanto, entendeu ?

P: Vocês continuam colocando fralda ?

M: Não. Aconteceu isso faz nem um semana. Ainda tem fralda em casa, mas ele não pediu mas não. Só foi um dia. Ele gostou de colocar mas num (...).

P: E você também gostou um pouco ?

M: De matar a saudade de nenê, é verdade.

P: Tem alguma coisa que você acha que é difícil, qual são as maiores dificuldades que você encontra dele estar fazendo xixi ?

M: Acho que a maior dificuldade é mesmo acordar molhado, ter que trocar aquele monte de roupa, lençol, o colchão que é novinho, que ele acaba né (...). Mas outra dificuldade, acho que não, não tem.

P: Eu queria muito que você pudesse tá falando da sua vivência, de como é isso pra você ?

M: Eu acho que ainda não pensei assim no problema dele fazer xixi, não pensei ser assim nada grave né. De momento, eu não tô lembrando assim de nenhuma dúvida. Mas assim, que é incomodante é, que você tem trabalho, você tem, porque você tem que ficar lavando lençol, colcha, coberta né, roupa, aquele monte de roupa e como eu trabalho (...).

P: No caso, você acha que um grupo de mães pode ser interessante para estar orientando, dando informação ?

M: Eu acho que é bom né, cada uma vai dar sua opinião, vai falar, cada uma é uma caso, aí troca idéia, aí é bom. Você também pode tá ajudando né ou ouvindo, até mesmo o que elas falarem vai tá e ajudando em alguma coisa, que você tá trabalhando encima disso.

(Fala da mãe após Entrevista)

M: Tipo remédio né, falava assim: ah! eu vou te dar remédio porque se você não parar de fazer xixi, porque eu já tava grande né e não parava. Agora eu não sei, simpatia, tem muita gente que acredita nisso, eu não acredito né.

P: Mas ela chegou a te dar remédio pra rato ?

M: Não, ela só falava assim, mas que eu lembro não. Existe a simpatia e eu não me lembro. Mas eu sei que, essa parte aí, as pessoas ficam bem nervosas né. Não é o meu caso porque ainda não chegou nesse extremo, entendeu ? Mas acho que criança de seis, sete, oito anos que continua, persiste em fazer xixi na cama, os pais começam a ficar preocupado e nervoso também né. Aí pensa assim, em fazer simpatia, em dar remédio.

ENTREVISTA 4

M: Ela foi pra creche e as roupas dela (...) tudo o que ela levava pra creche, ela voltava tudo molhada. Durante o dia, em casa também, eu trocava ela o dia inteiro, o dia inteiro ela tava molhada. Aí eu procurei o médico né, e o médico fez exame só de urocultura mas, não fez um exame especialista pra isso. Aí agora, foi ano passado, eu levei ela na PUC. E o médico da PUC, eles fizeram um exame com sonda né e fez um raio x pra ver o que é, que eles achavam que era um tumor.

P: Tumor aonde ?

M: Na bexiga. Só que daí, eles passaram um remédio, passou o Etemic e o Ipramina. Só que eu fiquei preocupada que, o dia que eu fui pegar no posto, o médico disse que era problema de

cabeça né, aí eu peguei e falei pra médica, pra Dr.a Isabel e ela disse que serve também pra urina.. Só que prejudicou um pouco a mente dela, porque na escola ela tá fraca.

P: Mas esse remédio foi passado por um médico da PUC ? E quem falou que esse remédio era para a cabeça?

M: A enfermeira daqui do posto. Porque o Etemic tava muito caro, e eu tava sem condições para comprar. Aí ela disse que esse remédio também precisava. Mas a enfermeira daqui do postinho, ela disse que não sabia que era pra urina. Aí eu perguntei pra médica lá da PUC, ela disse que serve também, perguntei pra Dr.a Isabel ela disse que serve. Só que foi muito forte pra ela, ela tava entrando assim em depressão também.

P: Como que você estava percebendo isso ?

M: Ela era uma menina muito alegre, era uma menina esperta e ela tava ficando muito parada assim e muito assim (...) ela chorava por qualquer coisa. E ela não era uma menina assim. Aí eu peguei e fiquei preocupada né, aí eu parei com o remédio. E eu falei pra Dr.a Isabel que eu parei, e ela falou que foi bom eu parar. Ela falou também que mexeu um pouquinho mesmo com a mente dela. E agora na escola ela tá fraca, matemática, nas outras matérias também ela tá fraca. E a professora chamou eu pra conversar, aí eu peguei e falei pra ela. O ano passado, ela tava muito bem só que, agora, esse ano, ela tá fraca. E eu parei de dar o remédio pra ela, que eu fiquei com medo né, porque eu falei, sê já pensou se prejudica outra coisa. Em casa, também, ainda ela tá fazendo xixi na cama ainda né. Assim, dá vontade dela fazer xixi, ela não agüenta segurar. Ela vai segurar e ela não consegue, aí solta. Ela ia pra escola ela, volta toda urinada, se a professora não deixasse ela ir no banheiro, ela vinha chorando no meio da rua porque a professora não deixou ela ir no banheiro e ela fazia xixi na roupa. Ela vinha com a roupa toda molhada.

P: Mas quando ela tá com vontade, que ela pede pra ir no banheiro, dá pra ela segurar ?

M: Se demorar muito, ela não for logo, ela não segura não.

P: Quando a senhora percebeu que estava acontecendo isso, que a senhora ficou mais preocupada ? Ela já teve um tempo que fazia xixi e controlou ?

M: Não, não controlou não. Aí quando ela começou, que eu percebi mesmo, que ela não parava mesmo, e que ela tava indo pra escola, foi quando ela entrou na primeira série. Quando ela tava com sete anos, que ela foi pra primeira série, aí eu conversei com a professora dela. A da primeira série, a professora entendeu. Aí na segunda série, também, eu conversei com a professora né, ela pôs tudo no livro lá marcado, que ela podia ir não precisava nem pedir, a hora que ela quisesse. Só que na terceira série, não dava pra eu ir lá conversar com a professora dela, porque eu tava trabalhando né. Aí eu pedi pra minha mãe conversar com a professora, daí a professora já deixava também ela ir pro banheiro. Só que antes de eu conversar com a professora, que a professora não deixava, ela tava vindo sempre urinada pra casa. Até na terceira série também aconteceu isso. Uma coleguinha dela ia de shortinho e tava meio frio, aí ela levava uma calça comprida, aí emprestou pra ela vim pra casa. Porque ela tava toda urinada, todo mundo ficava rindo dela, e essa coleguinha dela ajudou ela.

P: Mas todos os dias ela faz ?

M: Não. Agora esses tempos ela não tá, porque eu já conversei com a professora dela tudo né sobre esse problema, e a professora já pôs no livro que ela não consegue segurar a urina.

P: Quando ela tiver com vontade tem que ir logo?

M: Tem que ir logo.

P: Sempre foi assim ou só começou na idade de seis anos ?

M: Sempre foi assim, desde pequenininha. Desde quando ela tava (...) ela foi pra creche, quando tava com uns quatro anos né, ela tava indo pra creche sempre assim. Eu trocava ela e ela urinada, levava ela pra escolinha, pra creche, e o dia inteiro ela usava roupa que eu mandava. Aí chegava em casa, trocava, daqui a pouco ela tava molhada.

P: Você colocava fralda ?

M: Não, só shortinho, calcinha.

P: Quando ela nasceu, até quantos anos, mais ou menos, ela estava fazendo xixi normal?.

M: Então, quando eu percebi que ela tava assim, sem segurar a urina, foi quando ela já tava com cinco aninhos. Eu percebi, aí foi assim direto até agora assim.

P: E aí você foi nos médicos, a partir de quando você ficou preocupada ?

M: Aí quando ela começou vim da escola pra casa assim urinada, aí eu já procurei um médico né. Eu tava vendo que ela não tava segurando a urina. Aí eu procurei um médico, daí eu fui num médico da PUC né., aí fiquei tratando dela. Porque eu levava ela no médico, o médico só fazia exame de urina, de urocultura, assim. Mas um exame especialista, assim mesmo, nunca tinha feito. Aí agora esse ano passado, que começou a fazer, aí o médico pegou e começou a dar esse remédio né. E eu achei que esse remédio tá prejudicando ela também.

P: Mas fazia ela parar de fazer xixi ?

M: Não, mesmo com o remédio, ela ainda tava fazendo xixi.

P: E foi detectado o tumor ?

M: Não, eles estavam estudando, mas num falou nada que era um tumor. Aí eu passei esses dias com a Dr.a Isabel, e ela falou que tem como tratar ela aqui no posto com esse mesmo tratamento que o médico tá fazendo lá. Aí até pra mim aqui é mais perto do que lá, que eu moro aqui perto né e nem sempre eu tô tendo dinheiro de condução pra ir lá. Ela pediu pra eu pegar um exame dela lá pra trazer pra ela ver né, porque ela fez um exame com sonda e fez um raio x né. Hoje eu fui lá pra pegar, mas o médico não tá lá. Aí eles marcou pro dia 22 uma consulta lá, pra poder eu já conversar com o médico, pra poder passar o tratamento dela pra aqui. Porque a Dr.a Isabel ela é muito boa, eu já consultei meus meninos com ela e eu gostei muito dela.

P: O tratamento que ele passou lá era só com remédio ou tinha mais alguma outra coisa?

M: Era só com remédio, só com remédio.

P: Esse raio x que você fala, é o ultra-som ?

M: É, fez ultra-som, fez o raio x e fez aquele exame com sonda né. Então eu vou pegar lá na PUC com o médico, pra poder passar pra ela estudar o que é o problema, porque até aqui pra mim fica até melhor.

P: E à noite, ela faz xixi ?

M: Faz xixi na cama.

P: Todos os dias ?

M: Todos os dias.

P: Isso que você está me contando é o que ocorre durante o dia e à noite ?

M: À noite sempre ela faz xixi. E sempre eu falo pra ela né, eu converso com ela: faz uma forcinha de não fazer xixi na cama. Ela fala: Ah! mãe mas eu não consigo. Ela fala que não consegue segurar, aí eu fico assim meio preocupada né, porque ela já tá com 10 anos né, fazendo assim xixi direto.

P: E desde quando, à noite, ela faz xixi ?

M: Sempre, desde (...) assim às vezes, eu começava a fazer o tratamento dela, ela já fazia. Durante o dia ela não conseguia segurar a urina, aí à noite, também, ela já não (...) ela fazia xixi na cama do mesmo jeito.

P: Quando ela era pequenininha, você tentou de algum jeito ensinar ela a controlar o xixi, o cocô ?

M: Não. O cocô ela parou logo né, ela fazia cocô era normal, agora fazer o xixi que era direto assim.

P: Desde que ela nasceu ?

M: Desde que ela nasceu, sempre foi assim. Daí não sei, eu fico preocupada.

P: Nenhum período ela parou e depois começou ?

M: Teve um tempo assim, que ela ficou assim sem fazer xixi na cama. Quando ela começou a tomar o Retemic, ela não fez xixi na cama. Ela tomou o Retemic acho que uns dois meses, mais ou menos.

P: Esse era o mesmo que você estava falando agora ?

M: Não. Esse é o ipramina que ela tava dando esses problemas assim. O Retemic ela tomou e não deu nada não. Aí quando não tinha o Retemic, aí o médico passou esse outro, esse ipramina.

P: Esse que ela teve um rebaixamento na escola, ela estava ficando deprimida ? E o que mais você estava percebendo ?

M: Ela tava assim muito devagar, eu conversava com ela, ela ficava parada. Ela não tava aquela menina ativa igual ela era né. Aí até conversei com a minha mãe e falei: mãe a CE4 tá muito parada. Eu não sei se era por causa da separação, porque eu tava separada do meu marido, aí agora eu voltei com ele.

P: Quanto tempo ?

M: Fiquei um ano separada dele. E eu não sei se foi através da separação que ela ficou assim, também, um pouco meio deprimida, depressiva assim, ou se foi por causa do remédio também.

P: Faz dois meses que você procurou um médico, mais ou menos, ou faz pouco tempo ? Esse último agora, na PUC.

M: Foi ano passado.

P: Ano passado, mais ou menos, que época ?

M: Não sei se foi mês de janeiro do ano passado.

P: Então, de lá pra cá, qual o tratamento que você está fazendo com ela ?

M: Então, é esse tratamento que eu tô fazendo com ela, de (...) assim de urina só.

P: E faz quanto tempo que você parou com os remédios ?

M: Os remédios, tá com (...) que eu parei tá com (...) o remédio tá com uns dois três meses, que eu parei de dar pra ela.

P: Agora que você conseguiu vir marcar aqui no posto ?

M: É, que eu consegui passar aqui. Eu falei pra minha mãe que eu ia passar ela aqui. Porque eu tava vindo e não tava conseguindo né.

P: E lá na PUC, você não tentou ir de novo pra falar pro médico que ela estava sentindo esses efeitos ?

M: Não, não voltei mais não. Porque eu tava cuidando de uma menina, que a mãe dela tá grávida, então ela tava internada, a mulher, e ela tava com problema na varizes. Deu uma infecção né e a infecção tava tomando a veia artéria do coração dela, aí ela foi internada e eu fiquei cuidando das meninas. Então, eu não tive tempo de ir lá.

P: Você estava trabalhando?

M: Eu tava trabalhando.

P: Você percebeu como é que ela tava, antes de se separar, você lembra? E agora depois que você voltou, como é que ela está se comportando ?

M: Então, quando eu me separei do meu marido ela tava bem esperta, tava (...) não tava assim depressiva nada. Aí depois de um tempo, quando eu fiquei longe do meu marido, eu percebi porque ela falava muito nele, ela falava muito nele. E eu falava pra ela que eu não queria saber do pai dela, daí ela ficava chorando assim né, triste né, aí eu peguei e falei pra ela: seu pai ele não quer saber de nós, se ele quiser saber de nós, ele vinha vê nós, ele vinha vê vocês, ele vinha procurar pra vê se você estava bem, se você estava bem na escola. Ele não fez isso, eu falei pra ela. Aí quando foi (...) mês de janeiro, fevereiro, foi no começo desse ano, aí eu consegui procurar ele né, conversei com ele só porque a menina tava sentindo falta dele e tudo. Aí, ele quis voltar, aí, eu aceitei ele. Tudo por causa deles né, porque eu tenho dó deles também. Por que eu só pensar só ni mim, também nem vai resolver.

P: Mas foi você que acabou ?

M: Não, ele que saiu de casa, ele que saiu de casa. Primeiro ele tava bebendo muito, então não tava adiantando eu viver com ele bebendo desse jeito. Ele não queira saber de assumir uma responsabilidade dentro de casa, só negócio de bebida, bebida. Então pra mim tava ficando chato já. Aí eu peguei né e conversei com ele né, e um dia ele saiu e chegou tarde da noite bêbado, aí eu falei assim: ah! eu não vou aceitar você desse jeito dentro de casa. Porque eu falei se ele tivesse trabalhando pra chegar aquele horário tarde da noite né, se fosse o horário dele chegar todo dia, tudo bem. Eu levantava, abria a porta e tudo, porque ele tava trabalhando. Agora chegar bêbado, sair de um jeito e chegar tarde da noite de outro jeito, pra mim tava ficando muito constrangido aquilo, eu não tava aceitando aquilo. Aí, eu peguei e falei pra ele que eu não queria viver daquele jeito, ele pegou e foi embora. Daí depois eu peguei (...) daí depois desse dia, nunca mais ele veio.

P: E como foi que as crianças ficaram sabendo ?

M: Porque eu conversei com as crianças, e eles participou um tempo do jeito que o pai deles tava vivendo dentro de casa. Eles via que o pai dele só tava chegando bêbado, eles presenciava né. E

eu tenho o meu menino também de sete anos, meu menino ele é muito assim (...) muito, muito nervoso, é um menino assim muito (...) assim não tem controle o menino, ele não pára assim sabe, eu falo com ele, ele não obedece sabe, é uma coisa assim estranha, que até eu não sei o mesmo como reagir com ele mais. Que eu falo com ele, eu falo, ele pára assim, daqui a pouco parece que ele esquece o que eu falei aí ele volta tudo de novo. Na escola não pára, dentro de casa, no lugar que vai, num dá sossego.

P: E agora como ela está com relação a fazer xixi ?

M: Em relação ao pai, ela tá se dando bem.

P: Em relação ao fazer xixi, como ela está de antes da separação ?

M: Esses dias, xô vê (...) hoje parece que ela não fez xixi, mas esses dias todos ela tava fazendo xixi. Hoje eu prestei atenção, ela não fez xixi na cama. Aí esses dias atrás ela tava fazendo né. Ontem mesmo ela fez xixi na cama, eu tive que pôr o colchão no chão, tudo. Tem vez que a minha mãe fica brava com ela também. Tem vez que eu fico brava assim com ela, que eu falo pra ela que ela tá fazendo muito xixi na cama.

P: Mas como você se sente?

M: Ah! eu fico assim chateada né, de vê ela fazendo xixi na cama, porque fica aquele mal cheiro dentro de casa, aquele cheiro de xixi forte né. E eu fico chateada com isso. Mas ao mesmo tempo eu penso, falando, eu não sei se vai resolver eu fazer isso, ficar brava né.

P: E como é que você fica brava ?

M: Ah! eu falo assim meio brava com ela. Ela fala: ah! mãe, mas eu não tenho culpa, eu não consigo né. Aí ela pega e fica a (...) aí eu pego e me controlo também depois, e deixo pra lá né. Mas eu converso depois com ela.

P: E como é essa conversa com ela ?

M: Ah ! eu falo pra ela que ela tá mocinha, que ela tem que fazer um pouquinho de esforço pra parar de fazer xixi. Porque quando ela tiver o quartinho dela, ela não vai deixar o quarto dela cheirando xixi né. Aí ela pega e fica quieta, ela fala assim: ah! mãe. Tem dia que eu falo pra ela se esforçar um pouquinho né, e até eu falo pra ela, não bebe muita água de noite pra você não fazer xixi na cama né. Aí ela não bebe água, mas também tem vez que ela não consegue segurar mesmo assim.

P: Ela não tem um quarto ? Ela dorme como ?

M: Não, ela dorme no quarto. Porque eu moro junto com a minha mãe, aí mora eu minha mãe, minha vó, meu pai, meu marido e as crianças, e os irmãos dela. Só que eu não sei também, eu fico pensando que (...) possa ser que nós more tudo junto, e às vezes eles quer ter uma casinha, ter uma liberdade pra eles. Tem vez que eu penso, tem hora que eu penso, eu não sei. Que às vezes é (...) uma casa muito cheia de gente, eles acham que eles se sentem também sem liberdade né. E eu acho também assim (...) que também eles acham, que eles fala assim (...) que queria ter uma casa, porque eles fala isso pra mim também. Queria ter uma casa pra morar só nós.

P: E você sempre morou com a sua mãe ?

M: Sempre moramo com a minha mãe. Só uma vez, que nós num (...) que ele comprou uma casa e nós fomos morar separado da minha mãe, e nós se dava muito bem assim. Eu acho também que (...).

P: Mas no caso, ela dorme no quarto com vocês, como é ?

M: Dorme no mesmo quarto.

P: Todo mundo dorme no mesmo quarto ?

M: Todo mundo dorme no mesmo quarto.

P: Mas tem cama separada ?

M: Tem a cama deles, só a menina mais pequena que dorme na cama comigo. E a cama deles é separada. Aí eu fico pensando se é por causa disso, que acho que eles tem vontade de ter uma casinha só pra nós morar. E eu não sei, porque a parte do meu menino, também, eu percebo que pode ser isso também e ela também. Acho que percebe também, acho que ela tem vontade de morar assim só nós junto sabe, separado da minha mãe. Porque a minha mãe trata a gente muito bem né, só que acha que fica (...) eu também acho que fica meio sem liberdade.

P: Você se sente assim também ?

M: Eu me sinto assim né, mas eu não tenho condições também de arrumar uma casa agora né. Que meu marido tá desempregado e eu também. Não temo condições de arrumar uma casa pra poder a gente morar né. Aí fica nessa, tendo paciência né, até o dia que ele arrumar um serviço e eu também ter um serviço fixo, pra poder a gente arrumar uma casa pra morar.

P: E como é que tá vocês, a família , a relação entre vocês ?

M: Ah! Com nós é bem. Tudo bom, minha mãe não maltrata a gente, ninguém maltrata ninguém.

P: E entre vocês mesmo, você e seu marido, seu marido e seus filhos, como é que é o relacionamento ?

M: É nós vive bem assim. Em relacionamento de eu com meus filhos assim (...) às vezes eu sou meio assim (...) meio brava com meu menino. Porque ele é muito arteiro, assim, e não dá um pouquinho de sossego pra a gente né. E eu não sei também se dá certo eu ficar sempre reclamando, às vezes eu bato, ponho de castigo assim.

P: Entre você e seu marido tá melhor, depois da separação ?

M: Melhorou depois que nós voltamo, melhorou um pouco.

P: E ela, como ela tá se sentindo ?

M: Ela tá bem, ela tá se sentindo bem ?

P: E no caso, o que você faz no dia-a-dia com relação a sua filha, que cuidados você tem com ela, além do que você já falou de tá levando roupa, às vezes tá trocando, porque ela faz na escola?

M: Não, ela não tá levando agora não. Mas de primeiro ela levava. Agora ela não tá levando por causa que eu já conversei com a professora né, então a professora já falou pra ela que quando ela sentir vontade não precisa nem ela pedir, ela pode ir direto pro banheiro. Aí não tá levando e ela também não tá vindo mais molhada pra casa.

P: E à noite, que cuidados você tem com ela ?

M: À noite eu falo pra ela não ficar muito bebendo coisa líquida né, tomando muita água, muito suco, aí eu não dou muito pra ela. Aí ela tem dia que ela faz xixi, tem dia que ela não faz, que nem

esses dias atrás ela tava fazendo xixi. Ontem ela fez, hoje que ela não fez xixi na cama. Mas tem dia que eu falo pra ela não beber muita água, ela não bebe e mesmo assim ela faz xixi.

P: A única coisa que você toma cuidado é pra ela não tá ingerindo líquido ou tem mais alguma coisa que você faz ?

M: Só isso também. E tem vez também que ela acorda de noite assim falando dormindo e ela fala muito de noite né. E tem dia que ela não consegue dormir e tem dia que ela fica até tarde acordada na cama e não consegue dormir também. Eu não sei o que acontece que ela faz assim também.

P: E você percebe isso ?

M: É, aí ela acorda assim, ela vai, ela anda a casa inteirinha e conversando assim, mas dormindo, aí depois ela volta pra cama. Às vezes, eu fico olhando assim, eu não acordo ela. Que eu sei, eu percebo que ela tá dormindo. Aí eu não vou, eu não acordo ela, que eu tenho medo dela assustar né. Aí eu fico olhando, ela vai, anda dentro de casa, na casa toda, aí fica conversando, depois ela vai e deita de novo. Aí eu falo pra ela de noite o que que aconteceu que ela levantou conversando, ela dá risada. Ela fala: eu não mãe! Eu falo assim: você acordou, andou na casa toda, depois conversou.

P: Mas ela não chega a ir no banheiro ?

M: Não, ela anda a casa inteira mas no banheiro ela não vai, aí volta pra cama.

P: E você também fala para ela ir ao banheiro, antes de dormir ?

M: Eu mando ela ir antes de dormir, eu mando ela fazer xixi, eu mando ela ir fazer xixi. Ela vai e faz, aí se às vezes ela não pega no sono logo, aí quando ela tá querendo pegar no sono, eu mando ela fazer xixi de novo. Aí ela vai e faz xixi. Mas aí tem vez que, mesmo assim, ela ainda faz na cama.

P: E qual é a maior dificuldade que você sente em relação a isso ?

M: Ah ! eu fico (...) a maior dificuldade minha (...) é que eu fico assim(...) é (...) triste né, eu sinto triste de vê ela desse jeito né e eu percebo também que ela fica triste, ela fica chateada com isso também. Aí eu pego (...) mas a parte mais chata é essa né, porque eu fico chateada né que, às vezes, eu reclamo com ela também e eu fico chateada depois de reclamar com ela. Aí eu falo pra ela: mas não tem outro jeito de eu num ficar (...) que eu fico mais chateada é nessa parte mesmo.

P: De se sentir culpada em relação a tá chamando atenção dela, tá brigando ?

M: É isso.

P: E esse teu chamar atenção não significa uma coisa mais enérgica, tipo bater ?

M: Bater eu num bato nela. Que agora é mais difícil eu bater nela, porque ela é uma menina assim muito comportada né. Ela não é uma menina assim de eu ficar o dia inteiro reclamando, falando né, e muito assim orientando ela as coisas. Porque ela é uma menina muito quieta, daí ela sempre foi a mais quieta que tem dentro de casa. Agora o irmão mais a irmã já é mais (...).

P: E como que ela é em relação a família, os irmãos, ela tem o apoio da família, como é que os irmãos tratam ela ?

M: O irmão mais a irmã é assim (...) eles são meio assim (...) o irmão é meio agressivo né, ele é meio agressivo porque (...) ele assim, qualquer coisa se pegar dele, ele já vai de murro. Bate às

vezes, pega uma coisa dele, um brinquedo, alguma coisa, ele já toma de uma vez né. E a CE4, ela é assim também. Eu falo pra ela, eu falo: CE4 quando você for pegar alguma coisa na mão do irmão, da irmã, não toma com força não. Que às vezes, ela pede e os meninos não quer dá, ela vai e puxa com força né. Aí eu falo: não é assim. E os meninos pega, às vezes pega as coisa, quando ela num quer que pega e joga.

P: Mas com relação ao fazer xixi, eles agem de que forma com ela ?

M: Ah, o irmão não fala nada não. Mas a irmã já fala: que ela é pequena e não faz xixi na cama e a CE4 é grande e faz xixi na cama e a CE4 não tem vergonha, ela fala desse jeito. Aí ela fala a irmã: não é assim, você não sabe de nada né. Aí ela fica nervosa quando a irmã fala assim.

P: Mas ela não fica envergonhada ?

M: Ela fica, fica. E a irmã fala, eu vou falar não sei pra quem que você faz xixi na cama. Eu falo: não é assim filha, sê tem cinco anos mas (...) ela tem cinco anos, mas a menina parece que já tem dez anos. Que ela é esperta demais, ela tem cinco anos, mas ela parece que é mais esperta que as outras. Ela fala um coisa assim que (...) mas parecendo um adulto falando. Eu falo: não é assim, você tem que pensar que não é porque você não faz xixi na cama e ela faz, que ela não tem vergonha, porque ela tem vergonha. Eu falo pra ela: você não pode fazer assim. Aí, eu falo pra irmã, ela pega e para.

P: E na escola, como é que é ?

M: Na escola ela é amiga de todo mundo. As meninas, as amigas dela, já sabe né que ela é assim, tudo. Só que agora elas ajuda ela, as amiguinhas dela ajuda ela né. Uma amiga dela lá que começou a dá risada dela tudo, e ela ficou chorando muito. E as outras ajudava ela. Aí ela já ficou mais calma. As amigas dela ajuda ela na escola. Ela é amiga de todo mundo. Agora com os irmãos dela, ela é assim (...) ela fica com vergonha dos irmãos dela. Às vezes, quando eles falam as coisas, ela fica nervosa né. Aí eu já falo pra eles: não é assim, vocês são irmãos, vocês tem um ajudar o outro. Tem que um ajudar o outro porque amanhã, depois, um vai precisar do outro né. Aí eu falo pra ela que ela é maior, ela tem que ajudar os irmãos dela pequeno né, tem que dá o exemplo pra eles né. Aí ela tentou ajudar eles mas eu não sei, eles são pequenos mas tem hora que num entende ela também.

P: Sei, e com o pai o que ele fala ?

M: Ah! o pai dela não fala nada não.

P: Ele apoia ?

M: Ele não reclama, não acha ruim, num fala nada não.

P: Mas ele sabe que ela tem esse problema ?

M: Ele sabe, sabe.

P: No fim, você acha que ela tem esse apoio da família, todo mundo sabe ?

M: Todo mundo sabe do problema dela né.

P: E sua mãe também ?

M: É minha mãe fala né (...) tá ficando mocinha, aí ela tem que fazer as força de parar de fazer xixi na cama. E tem dia que quando ela faz xixi mais cedo, tem vez que ela acorda e troca de roupa. Aí às vezes minha mãe fala assim que, se ela não sentisse fazer xixi, que ela não ia acordar e

trocar de roupa. Mas eu não sou contra essa parte dela levantar, porque eu não sei também se ela, que às vezes ela desperta, mas eu não sei se ela conseguiu segurar a urina.

P: Isso aí você percebeu uma vez só, que ela levantando pra fazer xixi ?

M: Não, umas duas, três vezes ela fez isso.

P: Aí sua mãe falou ?

M: Ah! minha mãe falou assim: se ela sentisse (...) é (...) se ela não conseguisse segurar a urina, ela não ia levantar, fazer xixi e trocar de roupa depois que ela fizesse. Só que eu acho assim que ela não conseguiu segurar a urina. Aí ela fez , depois ela despertou e trocou de roupa. Ela viu que ela tava urinada, aí levantou e trocou.

P: Você acha que ela não conseguiu ?

M: Não conseguiu.

P: E sua mãe será que viu alguma vez acontecer isso ?

M: Minha mãe viu que ela levantou uma vez e trocou de roupa. Aí ela fez xixi e trocou de lençol da cama também.

P: Mas não é sempre que acontece isso ?

M: Não, não é sempre não.

P: E assim, como foi a saúde dela quando ela era criança ?

M: Ela foi bem, ela era uma criança sadia, ela era uma criança sempre forte né. Ela teve assim uma crise de bronquite uma vez né, com pneumonia né. Ela ficou internada tudo e o médico ficou preocupado pela a crise que deu nela, que achava que ela não ia escapar né. Porque o médico disse que o pulmão dela tava fechando já, já tava um tantinho pra fechar.

P: Isso com quantos anos ?

M: Ela tava com uns dois pra três anos, mais ou menos.

P: O nascimento dela foi normal ?

M: Foi normal, teve parto cesária mas foi bem.

P: E a sua gestação ?

M: Foi ótima., essa gestação minha e dela foi ótima.

P: Não teve complicação nenhuma ?

M: Só essa bronquite, depois que ela nasceu e ainda quando ela tava com uns três anos, aí ela teve essa crise.

P: Os médicos disseram que ela não ia se salvar ?

M: Os médico lá, porque ela foi internada lá no Mário Gatti, e o médico achava que ela não ia escapar. Só que eles fez de tudo pra poder dá a vida pra ela né, ela tava dando convulsão já, também, né. E ela ficou internada acho que uns três quatro dias lá. Depois eles pôs aquele, pôs ela no balão de oxigênio tudo. Depois daquele dia, nunca mais ela teve crise nenhuma e ela é uma menina saudável. Ela é uma menina, nunca mais ela ficou doente. Agora esses dias, eu trouxe ela porque a médica pediu, ah! a professora pediu né, que disse que ela tá fraca também na escola. Eu não sei se é por causa desse medicamento que atrapalhou um pouco a mente dela né.

P: Aí você procurou um médico ?

M: Aí eu trouxe ela aqui com a doutora Isabel.

P: Então o primeiro profissional que você procurou foi um médico, para estar tratando disso?

M: Foi.

P: Você ficou preocupada uns três meses atrás ou desde o começo do ano passado, que ela foi piorando ?

M: Ah! Desde quando ela começou a ficar assim (...) meio assim agre (...) é (...) depressiva assim. Só que num tava dando tempo de eu vim aqui, aí essa semana passada que eu vim aqui.

P: E como vocês perceberam que ela estava depressiva ?

M: Porque eu conversava com ela e qualquer coisinha que eu falava, ela chorava. Alguém falava alguma coisa, ela chorava assim. E qualquer coisa (...) é assim (...) porque eu falava pra ela assim ó CE4, quando às vezes eu saia com a minha mãe e deixava ela em casa, eu falava: CE4 sê lava a louça pra mãe e faz as camas ? Porque isso aí ela sabe fazer, lavar uma louça, forrar a cama, varrer o chão assim. Deixava ela ano passado, ela fazia isso. Às vezes, eu precisava de sair com a minha mãe, eu deixava ela em casa, quando eu chegava a casa tava tudo limpa. Ela limpava a casa, ela lavava a louça, ela dava banho na irmazinha dela, fazia lição, ela fazia até lição, dava tempo fazer a lição e ia pra escola né. E deixava tudo limpinho. Aí (...) depois agora, já esse ano pra cá, ela já tá assim. E depois eu peguei, eu percebi que ela tava assim porque qualquer coisinha, até a gente brincando com ela, ela ficava chorando né. E nesse ano pra cá, ela (...) quando eu mandava ela limpar assim a louça, ela ficava mais devagar, ela não cuidava assim muito das coisas dentro de casa, quando eu precisava de sair. Até mesmo quando eu tô em casa, ela me ajuda. E quando foi ficando assim ela num tá, nesse ano pra cá, ela num tá assim uma menina muito esperta.

P: Agora quando você voltou com o seu marido deu uma melhorada ?

M: É ela melhorou um pouco. Ela ficou mais assim ,mais esperta, mais alegre.

P: Porque você procurou uma pediatra ?

M: É pra vê né, por causa que eu tava percebendo que ela tava meio depressiva assim né. E pra fazer um exame, que eu nunca mais tinha feito exame assim, pra vê se ela tava com problema de anemia ou se ela tava com algum verme. Aí nunca mais eu trouxe ela.

P: E ela fez esses outros exames ?

P: Ela fez o exame de urina, ela falta fazer o exame de sangue que ela pra ela fazer dia 9, só que ela veio e o laboratório lá do Adolfo Lurtz diz que tá quebrado a máquina que eles faz a avaliação do exame né. Aí eles tá esperando vê se arruma pra poder ela fazer.

P: Os outros ?

M: Isso, vai. Acho que é só de sangue que falta, que ela pediu, o de fezes eu não sei se ela vai pedir depois.

P: Deixa eu te perguntar, na sua família ou entre os teus filhos ou parentes, teve algum que urinava ?

M: Eu fiz xixi na cama até os doze anos né. Fiz xixi na cama até doze anos, depois eu parei, só que eu não fui no médico nada.

P: Você lembra assim, mais ou menos, como é que foi ?

M: Ah! eu fazia só xixi na cama, não fazia xixi durante o dia. Quando eu era criança, eu não fazia xixi durante o dia, eu segurava a urina, tudo. E só à noite que eu fazia xixi na cama. Aí no outro dia, minha mãe ficava brava comigo porque eu fazia xixi todo dia na cama, ela ponia eu pra pô as roupas de cama pra fora e eu ficava chorando, eu chorava. né. Só que depois, eu parei e eu não fiz mais xixi na cama.

(Interferência na sala e continuação do relato da mãe)

M: Me tratava bem, ela sempre me tratou bem, inclusive quando eu era pequena, eu tinha problema assim de convulsão. Eu dava convulsão nos quatro anos de idade até os treze anos, eu tive convulsão. Aí quando foi é (...) aí depois eu tomava aqueles remédios gardenal, eu tive falta desse lado da cabeça e tudo. Aí minha mãe (...) eu tomava gardenal, epilín, só que eu ficava muito assim (...) eu ficava que nem tipo drograda dentro de casa. Daí a minha mãe pegou e tirou o remédio por conta própria né e ela pediu oração na igreja tudo, fez voto na igreja, se Deus ajudasse que eu ficasse boa, que ela ia parar dos remédios, aí ela parou. Eu tinha muita dor de cabeça. Aí depois eu não tive mais crise de convulsão, aí eu melhorei.

P: Você acha que tinha alguma coisa a ver com o fato de você fazer xixi na cama?

M: Não, eu acho que não. O fato de eu fazer xixi na cama não. Porque eu tive convulsão desde os quatro anos de idade. E urinar na cama, eu num lembro se eu já era grande ou se era desde pequena que eu fazia xixi na cama né. Aí a minha mãe não (...) ela me tratava muito bem, nessa parte aí, minha mãe me tratou muito bem. XXX. A minha mãe fazia xixi na cama, ela falou que fez até uns 15 anos, ela disse que até quando ela namorava com meu pai ela fazia xixi na cama. Só que ela num foi criada assim junto com a minha vó, ela foi criada com uma tia dela e a tia dela nunca se preocupou de levar ela no médico pra saber se ela tinha algum tipo de problema. A minha tia batia muito nela por causa disso né. E (...) ela num se preocupava de levar minha mãe no médico. Aí depois eu não sei como que minha mãe parou de fazer xixi na cama. Que minha mãe falou que até quando ela namorava com meu pai ela fazia xixi na cama.

P: Mas depois de casada ?

M: Não, quando ela era solteira. Mas depois que ela casou, aí depois eu não sei quanto tempo depois que ela parou de urinar na cama.

P: Que tipo de expectativa a senhora tem com relação a esse probleminha da sua filha ?

M: Ah! Eu queria assim (...) que tivesse um (...) que ela fizesse o tratamento né e alguém descobrisse realmente o que ela tinha né. E não escondesse nada de mim, porque eu não sei se realmente ela não tem alguma coisa e os médicos da PUC não tá realmente falando pra mim né. E chega e fale pra mim, por mais que seja fácil ou difícil, eu tenho que saber um dia né. Aí (...) e eu queria que ela parasse né, com o tratamento, que ela parasse mesmo né, que às vezes é resultado né. Porque na PUC eu ia, ia, ia menina, mas tava já cansada de ir.

P: Você sempre foi só em médico na PUC, não foi em nenhum outro tipo de profissional, eles nunca passaram você para outro profissional ?

M: Não, só fez esse exame de ultra-som e fez o raio x e esse exame com sonda, só.

P: E assim, por quê no começo você comentou sobre a separação, o que você acha que da separação?

M: Tem coisa que eu acho que também foi (...) assim o modo dela agir em casa, que eu acho também que foi através da separação da gente né, que ela foi ficando muito assim (...) nervosa, achei ela nervosa também né. E muito assim, muito triste, que ela não era uma criança triste. Ela só falava sempre no pai dela, falava que era ruim ser criada sem o pai, sem a mãe né. E ela teve uma coleguinha dela, também, que foi criada sem a mãe e ela gosta muito dessa amiga dela. E ela acha que (...) ela tem dó dessa amiguinha dela porque é criada sem a mãe. E ela fala pra mim que é ruim ser criada sem mãe e sem pai, ela fala assim. Que eu acho que ela foi ficando triste assim e ela falava muito assim dessa amiguinha dela e ela fala que é ruim ficar sem o pai sem a mãe. É muito triste ela fala.

P: E como é que a senhora explicou pra ela essa separação ?

M: Eu explicava pra ela, porque antes de eu separar do pai dela, ele era (...) assim, ele me ajudava tudo. Só que depois ele parou assim, ele não quis mais, foi virando a cabeça, não sei porque e (...) XXX. Ele não tá bebendo mais, tá dando mais atenção pra gente dentro de casa, pra ela e pra os outros menino também.

P: Mas antes ele não era ?

M: Não, antes ele não era muito ligado não.

P: Aí você explicava ?

M: Eu explicava pra ela isso né.

P: E como é que ela reagia ?

M: Ah! ela ficava meio triste assim, mas depois ela foi entendendo mais, foi entendendo mais.

P: E assim, que tipo de orientação você acha que devia existir para as mães que sofrem com algumas questões dentro de casa, na família, como essa por exemplo de estar urinando ?

M: Não, essa parte aí eu nunca conversei com ela não.

P: Mas assim, que tipo de trabalho você acha que devia existir para vocês mães, para estarem discutindo isso ?

M: Ah! Eu (...) eu acho assim que devia ser (...) ah! devia ser assim (...) a gente ter um tratamento certo né pra isso aí. Ter um tratamento certo tanto pra gente como pra eles também né, pra gente tá sabendo como conversar com eles né.

P: Que tipo de tratamento ?

M: Ah! Um (...) pelo menos a gente tendo uma orientação de uma pessoa que já sabe, pra poder a gente orientar eles como né.

P: E a senhora acha que falta ?

M: Ah! Eu acho que sim. Porque às vezes a gente vê né esse problema e a gente não sabe como a gente lidar em casa com ele. Às vezes, a gente fala, fala, às vezes a gente pode reclamar com eles, mas a gente pode tá reclamando ou ciente do que a gente tá fazendo ou não sabendo né. Que às vezes, a gente fala mais a gente não sabe se é um tipo de problema que às vezes a criança tem ou às vezes, a gente pensa que a criança mesmo que tá com um relaxamento. Mas eu acho que não é isso, porque o dela (...) se fosse um relaxamento, ela não ia ficar fazendo xixi, ela não ia soltar a urina direto durante o dia. E ela não consegue segurar mesmo né.

ENTREVISTA 5

M: A gente fica triste, porque é uma coisa que a gente não quer vê isso com o filho. Porque sempre à noite, vai dormir limpinho, com as roupinhas bonita né, sempre agasalhado. Quando a gente pensa que não, ele faz xixi no meio da cama, quando vai vê ele vira. Em vez dele tá com a cabeça normal, ele vai pro outro lado, para o seco. Aí o que é que a gente faz, tem vez que ele tá muito na cama mexendo, eu vou levanto e troco o short dele, eu tiro o short. Aí eu vou mudo o forro que eu pus pra ele. XXX faz tudo isso. Quando é um pouco mais, eu não sei quantas vezes ele faz xixi à noite. Quando eu vou vê tá a camiseta toda molhada também né. Aí a gente vai, levanta de novo, troca ele.

P: Como assim a camiseta ?

M: Ele acha que (...) ele (...) primeiro ele molha o short, aí ele dorme com a camiseta , camiseta comprida. Então acho que devido ele tá deitado de posição, aí ele faz xixi e molha a camiseta né, essas partes de cima. Aí nós sai, nós fica louco, só que eu com meu marido. O que é que eu faço, mudo o forro que tá molhado, já que ele tá do outro lado, eu pego outro paninho seco e a gente embrulha nele. Quando a gente pensa que não, ele tá se mexendo na cama. A gente tem medo do frio né que vai chegar, tanta coisa a gente imagina. Aí vou e troco ele, troco a camiseta dele. Tem dia que ele deixa ele sem camiseta. Aí meu marido vai e diz assim: ah! o que que tá acontecendo com esse menino!. Aí eu falo: eu acho que foi devido, depois que o irmão nasceu que ele ficou assim, porque ele não era. Ponha a fralda, a gente põe fralda, quando é na hora de fazer xixi, ele vai arranca a fralda.

P: Ele ?

M: Isso o CE5, aí fica nessa. Quando a gente vai a um passeio nas casa, a primeira coisa que eu fico pensando né, a pessoa põe uma cama, um lencolzinho limpo. Quando pensa que não, ele tá mijado de novo. E a saúde dele é boa, é demais. Só quando ele toma bastante água, quanto mais água ele toma, mais ele faz xixi durante à noite.

P: Ele faz xixi várias vezes ?

M: Várias vezes.

P: Ele dorme num quarto separado ?

M: Não, o quarto da gente é muito grande, então eu dividi né. Coloquei a cama dele, coloquei uma cortina. A gente tinha que tá olhando o movimento dele na cama, aí, a noite inteira. Tem dia que ele não faz. Não sei porque né

P: Mas quando ele nasceu, até que tempo ele fez xixi e depois parou ?

M: Ele (...) depois foi que ele nasceu. Ele parou de fazer xixi com um ano e cinco meses, ele não fazia mais. Eu parei a fralda dele com um aninho. Depois que ele nasceu, aí que ele começou, e o pior que fica aquele xixi forte, aquele fedor de noite. Os panos (...) hum (...). Se eu contar quantas vezes eu lavo os lençol dele, demais viu. O colchão dele, eu falei pra ele, num vou nem comprar um colchão novo agora porque não adianta. Aí ponho o colchão no sol, mesmo assim, eu falo pra ele: filho você não quer o quarto limpinho, cheiroso, então faz assim, para de fazer xixi na cama.

Aí eu explico pra ele, chega um coleguinha seu aqui, a primeira coisa que vai brincar é na sua cama, chegar na sua cama, tá sua cama fedida. A mãe tem um outro lençol novo, mas eu nem ponho por quê você faz xixi na cama e eu não quero isso. Aí ele fica: mas eu tô ficando rapaz, eu tô parando, eu tô parando, ele fala né. Mas não pára. Eu acho que também fica muito assim (...) agente fica muito preocupado, porque ele é demais né.

P: E que tipo de preocupação a senhora tem ?

M: Ah! a gente se preocupa com (...) assim (...) é devido a ele fazer xixi na cama, às vezes a gente pensa que pode ser problema de saúde. Porque às vezes, também diabete XXX faz muito xixi né. Eu fiz até exame de sangue nele, fezes, de tudo, de urina, pra vê se ele tinha algum problema.

P: E aí o que deu ?

M: Não deu nada! Não deu nada! E eu conversei com a Dr. Isabel, que ele faz xixi na cama né, ela falou assim então: Tem uma menina aí, vamos vê, conversa com ela lá. Mas é difícil viu, muito difícil.

P: Que tipo de dificuldade a senhora acha ?

M: Que eu acho ? Ah! assim (...) a dificuldade que eu acho assim (...) porque a gente vai num canto e a gente não fica muito segura né. Se vai a um passeio, você não fica segura, porque chega à noite você vai imaginar, se vai a uma festinha, se vai dormir na casa dum parente. Às vezes não tem criança, mas se XXX dormir no sofá, vai fazer xixi no sofá. Então como eu tenho ele, o pessoal vai ficar pensando que é o filho dela que faz né. Então eu não quero isso pra ele, não quero pra mim, também não quero pra ele, mal exemplo. E a gente (...) assim (...) sei lá. É difícil porque você quer controlar uma coisa que você não (...) vê que não tem controle naquele momento né. Não vou brigar; filho pára de fazer xixi, olha sê vai dormir aqui, não vai fazer xixi. Se fizer isso ele vai ficar o quê ? Ele vai dormir, quer fazer xixi e acorda com aquele pensamento. Não faz na cama, não vai no banheiro e não dorme né. Isso que a gente acha difícil. Porque se eu for pra assim (...) eu falo: CE5 não vai fazer xixi na cama e tal e tal , se ele não faz na cama, não vai no banheiro, mas também não dorme. Ele fica mexendo de um lado pra outro, de um lado pra outro e a gente se preocupa com isso né.

P: E assim, que tipo de coisa a senhora tem feito em casa pra tá fazendo com que ele não faça xixi à noite. O que a senhora faz ? Que providências a senhora tem?

M: Olha, no momento, até no momento a providência foi de XXX pôr a fralda né. Ponha a fralda, mas eu achei que era pra ele ir XXX. Porque na hora que vai fazer xixi, ele vai e arranca a fralda, ele tira.

P: A senhora põe a fralda descartável ?

M: Isso, fralda descartável.

P: À noite ?

M: À noite, pra vê se ele tá pelo menos na fralda né. E outra coisa também, procurei simpatia pra vê. Também não achei XXX solução, outra coisa não encontrei, outra solução não.

P: Aonde a senhora procurou a simpatia ?

M: Eu liguei pra minha irmã em São Paulo, que ela falou, XXX, que tinha simpatia, que não sei lá o que lá. Eu liguei louca sabe? Ó menina socorro! Me dá pra mim uma simpatia aí pro CE5 para de fazer xixi na cama. XXX Ah! mais não tem sei que lá, e ficou nessa.

Porque ela falava que tem uma simpatia pra criança fazer xixi né. E eu num (...) Aí ela falava que na revista tinha simpatia pra parar de fazer xixi. Então eu procurei a simpatia, só que meu marido não gostou, falou assim: não vai atrás disso não que isso é perdido, acho que essas coisa não existe. Aí eu fiquei quieto, não fui mais atrás. E ele vai fazer quatro anos, então a gente se preocupa com isso. Porque já tá crescendo né, entende, já vai entendendo muitas coisas. Aí às vezes, eu falo pra ele ó: Irmão é bem pequenininho, tem um aninho e eu não ponho fralda nele e ele não faz xixi e você faz. Ele fala assim: ah! mais quando eu crescer, eu vou parar, XXX eu vou parar mamãe, eu não vou fazer mais. A gente tem que vê né o que que vai acontecer.

P: Mas a senhora percebeu que ele começou de novo depois que o neném nasceu ?

M: Depois que o neném nasceu. Pode ser também um pouco de ciúme, num sei né. Que ele é meio ciumento né, devido ao outro que nasceu, aí ele ficou mais (...) todo cheio de querer. Ai mais é horrível!, muito horrível!. Pára filho! (barulho do filho mexendo nas coisa da sala e a mãe chamou atenção)

P: O que a senhora sente mesmo sobre isso ?

M: A menina o que que eu acho ? Eu num sei viu. Eu acho assim (...) que com o tempo ele vai parando, porque é difícil, como eu falei pra você, é difícil porque é uma coisa que (...) ele fica todo molhado. Ele não consegue dormir, acho que ele não consegue dormir sossegado né. A cama, molha a cama, vai prum lado, faz xixi do outro. Eu num (...) sei assim (...) mais o que que a gente tem que fazer. Porque conversar com ele a gente conversa, XXX na hora que ele dormir, a gente conversa. Tudo bem né, mas quando ele amanhece o dia!. Falta daqueles peniquinho na cama não é, o banheiro nosso é no quarto. CE5 hora eu falo: filho quando você quiser ir fazer, vai no banheiro né, a luz dorme acesa. Tudo bem, eu vou. Às vezes, a gente acorda pensa que XXX pra vê se vai levar ele no banheiro, quando a gente pensa que não, ele tá molhado. A gente não vai ficar olhando direto, a noite inteira, na cabeceira da cama dele, bem na hora que ele vai fazer né, porque quando é meia noite, de meia noite em diante.

P: A senhora nem lembra quantas vezes ele faz, mais ou menos ?

M: Não, não lembro. Porque quando ele vai dormir, às vezes, ele vai dormir sequinho né, com a roupa seca. Meia noite que a gente vai vê, ele tá molhado. E fora os lençóis que eu troco, eu forro a cama com um, cubro ele com outro. A gente troca ele, ele vai dormir limpinho, sequinho, o lençol tudo (...). Eu lavo os lençoizinhos dele direto, mas quando pensa que não, molhado, molhado.

P: Quantos lençóis a senhora lava por dia ?

M: Quantos? Vixe! Eu lavo cinco lençóis. Que eu ponho um na cama né pra ele dormir XXX e o outro XXX ele põe o outro nele né. Ele põe num cantinho e forro com outro. Quando penso que não, ele tá molhado. Quando penso que não, que ele tá com ele molhado, ele tá se virando, eu vou lá, ele tá molhado novamente. Aí eu vou, ele tá de bruço, às vezes eu troco, enrolo ele num pano pra ele não ficar feito numa friagem. Tem dia que ele acorda geladinho, o bumbum, as pernas, acho que é devido o xixi né.

P: Ele tá estudando ?

M: Não, ainda não tem idade, não tem creche ainda.

P: E assim na rua, em algum lugar, a senhora percebe algum preconceito ? Como ele é tratado ? As pessoas sabem ?

M: Não. Ele é um menino tratado super bem. Educadozinho, não é XXX, palavrão. XXX. Vai na rua com o pai dele e se diverte muito. Assim, graças a Deus, ele bem. (...) ele é muito inteligente, conversador até de mais. Ele é super bem, graças a Deus, a não ser o xixi dele. Se alimenta muito bem, sabe chegar nos cantos e ser educado, sabe chegar, sabe sair. Isso aí eu não tenho nenhuma dúvida.

P: Quando essa questão, assim, ficou mais preocupante para a senhora? Que a senhora achou, assim, que a senhora chegou a pensar em procurar alguém ?

M: XXX depois que eu vi que ele tava fazendo mesmo, que não tinha controle né. Que quando ele tava fazendo, no comecinho, tudo bem. Mas depois que ele começou a fazer direto, direto, direto (gesto com a boca e o rosto de negação), aí meu marido falou assim, conversa com a Dr. Isabel e tal. XXX.

P: A senhora pensou em conversar, a primeira pessoa foi a médica mesmo ?

M: Isso, porque ela dava umas orientações também né. Aí quando foi agora, eu falando pra ela, ela lembrou. Ele faz xixi na cama, eu digo: faz, faz, olha (...).

P: E tem algum parente na sua família que já fez xixi ou a senhora ?

M: A minha mãe falava assim que, nós mulher, fazia bastante. Então (...) (chamando atenção do filho) minha mãe falava assim que a gente fazia bastante né, até que ela chegava até brigar. Só que quando eu vejo que ele tá fazendo xixi, eu lembro de mim, que minha mãe falava. Só que eu não chego e falo pro meu marido né.

P: Por quê?

M: Porque eu tenho vergonha, porque eu conheci meu marido aqui, meu marido é daqui. Então eu fiquei com vergonha de falar pra ele que às vezes (...) pode ser de família né, que com o tempo a gente parou.

P: E a senhora lembra como foi que parou ?

M: (faz gesto com a boca e o rosto de negação). Acho que foi de tanto a minha mãe brigar muito, reclamar muito, com o tempo parou.

P: Como é que é assim na família, o relacionamento entre eles?

M: Muito bom. Eles se dá super bem.

P: Do irmão já que a senhora falou, como é o relacionamento da senhora, do seu marido com ele?

M: Com meu marido, nossa, é tudo pra ele, tudo. Só que às vezes, eu que XXX reclamava um pouco com ele e ficava muito nervosa devido a esse outro que nasceu. Porque esse que nasceu, ele (...) no começo, ele ficava muito nervoso, muito irritado. Tudo que ele pegava, ele jogava nesse aqui. E muito ciúme dos brinquedos desse né, se ele quer um, ele pega. Se ele quer brincar com esse aqui (...) ele tem um idêntico, ele não quer o dele, ele quer o brinquedo do menino. Essas coisa assim que, às vezes, eu fico nervoso com ele, que antes ele não era assim.

P: E quando foi na gestação ?

M: Hum (...) na gestação? Foi um pouco difícil, porque, às vezes, o neném tava mexendo na minha barriga, aí eu falava pra ele né, ele ficava nervoso. Ele ficava nervoso, ele não aceitava né, o neném na minha barriga. Só que depois que ele nasceu, eu também sofri muito né, porque ele ficou muito enciumado, muito, muito muito mesmo. Agora que tá mudando um pouco.

P: O que a senhora quer dizer com enciumada?

M: Enciumada dele? Assim, vamo supor, eu tava dando um banho nele, ele queria entrar junto da banheira, se eu tava XXX dele, ele também queria no mesmo banho que eu dou nesse aqui, ele queria entrar na banheira junto. E ele não podia, que esse daqui era novinho. O peito, ele mamava nim um e ele mamava no outro, quando chegava a hora desse aqui mamar, ele mamava também. E trocar fralda, eu colocava fralda nele e ele também queria fralda. Então tinha que ponhar nele, pra ele não ficar com raiva. E o pai dele colocava esse aqui no braço e tal, quando ele era novinho, ele também ter que ir junto. E roupinha também, ele ficou assim, ele queria que colocasse a roupinha do menino nele, porque era dele, não era do irmão. Aí agora, devido a esse aqui tá com um aninho, ele tá melhorando mais. Só que até hoje, eu vou dá banho nele na banheira, ele entra junto também, quer tomar banho junto com ele. E eu não deixo porque ele é pequeno. O carrinho dele, eu ponho esse aqui, ele também fica, quer entrar. O pai dele coloca esse aqui no colo, ele vai e senta no outro lado. Então, tudo isso, acho que é um ciúme assim, ciúme, porque ele era sozinho, aí nasceu um outro, aí ficou assim. Aí tô achando, também, deve ser devido a essas ciumeira dele, aí tornou.

P: Então a senhora não sabia como lidar com isso no começo, agora a senhora acha que tá melhorando um pouco?

M: Tá melhorando assim, porque é uma coisa que a gente tá vendo que conversando, falando, falando, num resolve. Outra solução, remédio, eu sei que não tem, não existe né?

P: Existe.

M: Será?

P: Mas medicamento é mais para quando tem algum problema orgânico mesmo, físico, como a senhora já fez exame e não deu nada.

M: É fiz, já fiz exame dele com um ano e cinco meses e fiz agora.

P: Isso aí é geralmente quando tem algum problema de bexiga ou alguma coisa.

M: Então teve hora, à toa, que eu pensava que ele tinha problema de bexiga. Porque nossa!, diabete.

P: Porque tem algum caso de diabete na família?

M: Não, não, não (gesto com a boca e rosto de negação).

P: Agora o ciúme já tá (...)?

M: Tá passando mais.

P: A senhora acha?

M: Olhas eu acho assim porque (...) se esse aqui tá (...) se eu vou num canto e compro dois pirulito, um pra ele e um (...), ele come o dele e depois ele acaba comendo o desse aqui, entendeu?

P: Tudo é disputado ?

M: Tudo, tudo, tudo. Se a gente vai num canto, compra um doce pra ele, compra pra ele, ele come o dele e depois ele pega o desse aqui, entendeu. Eu acho assim que ele num quer (...) até esses dia eu tava rindo, antes de ontem, eu falei assim: a mãe vai dar esse pra você, ele falou assim: e caca pro (irmão) né. Eu falei assim: olha não pode ser assim, porque do jeito que você come, ele come também. Do jeito que você veste, ele (...) do jeito que você toma banho (...).

P: O que que ele disse?

M: Que ele ia comer uma coisa boa e esse aqui ia comer caca.

P: Caca ?

M: Então acho que é ciúme também né, é ciúme.

ENTREVISTA 6

M: XXX que nem no caso, ela tá com 4 anos né, se é normal ela continuar ainda né fazendo xixi na cama, se não era pra mim ter parado de pôr a fralda. Porque de dia ela não usa né, só à noite mesmo. É (...) assim não é pouquinho xixi. Falar assim, ó vou levantar duas vezes à noite pra levar ela no banheiro (riso), acho que não dá nem tempo, porque ela faz bastante mesmo assim né. E eu mando ela fazer, ir no banheiro, às vezes, ela não vai e vai dormir sem né. Aí, eu tenho que colocar porque, às vezes, eu demoro um pouquinho assim, ela dorme, aí eu demoro um pouco pra ir, às vezes ela já fez. Chega até varar assim, às vezes, tem dia que acho que ela faz bastante né, então sei não se é alguma coisa que causa isso nela ou se é ela mesmo que (...) com o tempo vai segurando, mas é isso que eu queria saber.

P: Quando você fala assim de varar é no sentido de quê ?

M: De vazar mesmo. Assim (...) coloca a fralda descart (...) em (...) coloca a fralda descartável, às vezes, acho que quando ela faz muito, chega a vazar entendeu ? Assim molhar a calça que ela tá por cima, a calça do pijama, a roupa que ela veste.

P: Mas isso de fazer muito xixi, você percebe sempre ?

M: É todo dia assim, todo dia que eu ponho a fralda à noite, no outro dia tá (...) molhadinha (rir).

P: Então, esse "muito" pra você é isso ?

M: É porque, geralmente, eu podia ser assim (...).né. Duas, três vezes assim que ela (...) como se diz, se eu fosse levar ela no banheiro entendeu, duas, três vezes. Eu acho que ela faz mais, entendeu, do que isso. Pra chegar a molhar assim tanto, também, não sei né. Pode ser que não também.

P: E no caso, você só coloca a fralda mesmo ? Você nunca tirou a fralda ?

M: Então, né, quando ela tinha um ano e pouquinho, eu comecei a tirar de dia né, pra ela aprender ir no banheiro e tal, aí ela aprendeu. Daí de dia, assim, eu não usava (...) num usei mais fralda, só à noite, assim, mesmo que eu continuo até agora né XXX.

P: E me fala assim, como é que você tentou ensinar ela, o que você fez ?

M: Ah, à noite, assim, eu tento fazer ela ir no banheiro, antes de dormir né. Mais às vezes, tem dia que ela não vai, ela fala assim: ah, não tô com vontade. Num vai né, depois aí ela dorme, aí logo às vezes, ela já faz. Mais só que ela faz e ela nem acorda entendeu. Porque às vezes tem criança que chega a ficar acordada, porque molha tudo né e ela não, ela continua dormindo (riso). Então daí, tem que trocar todo ela e pôr fralda pra ela passar a noite assim.

P: Em média, quantas fraldas você troca assim por noite ?

M: Não, noite é uma só né que ela faz, só se ela tiver assim (...) se ela acordou de noite, ela tiver todinha molhada assim, varada. Aí né a gente troca, mais assim, geralmente, é uma só à noite, que ela vai direto né, que ela não acorda.

P: É por isso que daí você pensa que tá muito molhado né ?

M: É.

P: Ela deve fazer vários xixi?

M: Vários xixi.

P: Porque se fosse de dia, daria pra você está trocando?

M: É.

P: Como é de noite, você só usa uma?

M: Só usa uma.

P: Então acorda, já fica (...)?

(durante esse diálogo a mãe repetia junto com a pesquisadora o que ela falava)

M: Já faz né, então (...) então é isso, eu acho que (...) queria saber se é ela, mal dela continuar fazendo assim, se já é pra ela ter parado, essas coisas assim.

P: Mas de dia ,assim, como que você fez com que ela controlasse durante o dia ?

Que nem, quando ela começou (...).quando eu comecei a tirar a fralda dela, que ela só ficava de calcinha, aí eu fui falando pra ela né, que a hora que ela quisesse fazer xixi ou cocô, que era pra ela ir no banheiro né ou viesse falar comigo, quero ir no banheiro né mãe, quero. Os pequenininhos não conseguem sentar no vaso, se a gente não ir junto né, aí comecei a explicar (...) ensinar ela, aí ela foi indo. Com o tempo eu levava, daí foi XXX que ela conseguia ir, ela ia, mais eu ia pra ajudar ela se enxugar, limpar ela né. Aí, ela foi indo, ela aprendeu sozinha.

P: Com quanto tempo você acha que ela aprendeu sozinha ?

M: Ah, ela já tinha um ano e pouco acho. Ela já tinha feito um aninho, quando eu comecei a tirar a fralda dela. Que daí, eu XXX a deixar às vezes, num dava tempo né, que eles num sabe né. Então às vezes, tinha vez que não dava tempo, daí ela vinha e falava que tava molhada de xixi, daí trocava né. Aí falava, na hora que tava trocando, falava ora que sê tiver, sê fala pra mãe, a mãe leva você no banheiro né. Aí foi indo, que ela foi aprendendo, mas só (...) de dia, foi um ano e pouquinho que ela (...) que eu comecei a tirar.

P: E desde quando você percebeu que ela estava à noite?

M: Ah! depois de uns três anos para quatro né. Eu falei assim, eu num sei se né (...) se ela tinha que ter parado assim (...) se ela continua mesmo né. Ainda quando eu ia levar ela lá no médico, lá onde eu morava, eu tô XXX, ele falou assim, ai depende da criança né (...) de parar assim né, eu

falei tá bom. Aí, só que agora, ela já tá com quatro, fez quatro, ainda continua, em dezembro ela faz cinco né. Eu falei assim, então não sei se é normal às vezes. Pode ser coisa da minha cabeça né, achando que não é normal ela continuar fazendo né, às vezes XXX. Que às vezes, eu vejo criança da idade dela que já parou né, tem criança que até pára antes, tem mãe que pára antes de fazer xixi na cama né. Então não sei isso que, às vezes, a gente fica preocupada, a gente não sabe se né (...) é alguma coisa.

P: Mas o que você sentiu assim, essa preocupação? O que que você acha?

M: Ai (...) num se (...) num sei, sei lá (...) (rir). É porq (...) eu acho que é mais por causa da idade assim né. Foi (...) assim (...) porque (...) da preocupação né, dela tá crescendo e não ter parado ainda de fazer né. Acho que foi mais por causa disso, porque outra coisa hum, (...) (rir) só se ela tiver com algum problema de segurar xixi de noite (rir) sei lá, a gente não entende né. Então acho se é isso, sei lá (Fica séria quando fala).

P: É, mais aí teria que procurar um médico.

M: Daí um médico né, então pra vê se ela não tem alguma coisa (repete médico junto com a pesquisadora).

P: Ela está indo no pediatra ?

M: Então, passei com o Dr Manoel né, aí ele pediu um exame de fezes e de urina. Mas aí acho que num né, (...) num não dá pra saber alguma coisa.

P: É, tem alguns exames mais voltados diretamente pra isso. Mas agora eu te pergunto, quantas vezes ela faz assim por semana à noite ?

M: O quê ?

P: Xixi.

M: Ah! toda noite eu tenho que pôr (rir).

P: Toda noite ?

M: Toda noite.

P: E toda noite você percebe que ela faz xixi ?

M: Toda noite ela faz, toda noite, toda noite, só (...) pra não falar que ela não fez toda noite, um dia (...) acho que foi semana passada, semana retrasada, acho que foi, que a fralda dela amanheceu sequinha. Eu falei nossa CE6, você vai para de fazer né. Aí eu falei assim, mas daí no outro dia ela já fez né (alguém entrou na sala). Mas assim todo dia, então aí, nesse dia eu achei que ela ia parar. Falei acho que ela vai parar de fazer xixi à noite, mas no outro dia fez xixi do mesmo jeito. Mas foi a única vez que ela não fez a noite inteira, assim, que amanheceu a fralda sequinha. Então, (...) agora os outros dias, todo dia.

P: E você lembra se aconteceu assim alguma coisa, nesse dia, em casa assim?

M: Não, (...) assim (...) de diferente sê fala ? Não, que eu me lembre não.

P: E no caso, alguma vez você pensou em tirar a fralda de noite, em fazer outro tipo de prática ?

M: Então, às vezes, eu penso assim né (...) de tirar, só que nem tem vez que, às vezes, ela vai dormir comigo assim (...) que nem (...) ela vai dormir comigo, que eu e meu marido às vezes, meu marido fica dormindo, então ele vai e deita na cama dela e ela fica comigo né e aquele dia ele não pôs a fralda nela né. Que às vezes, ele que coloca também. Aí eu peguei, (...) daí eu dormindo

assim, já era o quê, já era tarde, aí eu senti (rir) aquela gelada, eu falei, assim, é ela fazendo xixi. Daí ele não tinha colocado e ela fez entendeu ? Quer dizer, às vezes, eu penso em tirar, mais ela faz né às vezes, eu deixo um tempo, assim, por exemplo, porque ela chega da escola às 18h00 né, aí às vezes, normalmente acho que ela chega cansada né, aí ela toma o leite ou janta né. Daí quando é no máximo 19h00, às vezes, ela dorme, geralmente ela dorme né. Aí eu deixo ela, porque ela deita no sofá, às vezes, eu deixo ela um tempo lá depois que eu levo ela pra cama. Às vezes, (rir) quando vejo ela, já tá fazendo xixi entendeu, é assim (...) né (...) às vezes, demora tempo pra ela fazer xixi até eu levar ela na cama né. Daí que eu levo, daí que eu coloco. Aí, (...) mais aí, tem vez que não dá nem tempo de levar pra cama, ela já tá fazendo, que nem ontem mesmo, ela deitou no sofá lá, tava assistindo televisão, aí ela dormiu, daí meu marido falou assim: põe fralda nela que eu vou levar ela pra cama né, aí eu fui colocar, ela já tinha feito. E ela num acorda, se ela falasse, assim, mãe tá molhado né, tira minha, (...) XXX tirou tava dormindo. Então acho que ela num segura né igual a gente que segura assim né e (...) então ela não tem essa coisa de tá fazendo (...) como fala, controlando né, segurando o xixi à noite.

P: Ah, daí você geralmente coloca a fralda quando ela vai dormir mesmo ?

M: É eu espero ela dormir, porque tem dia que ela num (...) que acho que incomoda também. Porque daí espero ela dormir pra mim poder colocar. Que tem dia que ela num deixa eu colocar, antes dela dormir, é muito difícil. Então eu ponho ela depois que ela dorme. Então às vezes, eu demoro um pouco pra vê né, eu falo assim, tentar né, vê se ela não faz, mais ela faz. Que nem ontem mesmo, num (...) acho que num demorou muito tempo, num deixei ela muito tempo lá no sofá, quando eu fui vê ela já tinha feito tudo. Então quer dizer, tem vez que ela demora pra fazer assim né, mais tem vez que não.

P: Aí quando você viu, o que que você pensou ?

M: (Rir), eu falei (rir) já fez xixi (...) de nov (...) num deu nem tempo né. Eu falei é num dá nem tempo de deixar bem um pouco a fralda né (rir). Eu falei, já fez xixi, tá toda molhada, (rir) aí eu tive que trocar todinha ela, que ela tava molhada, camiseta, porque tem né, molhou. Aí eu troquei ela, aí eu já pus a fralda. Aí, XXX já tava molhada a fralda de novo.

P: Ah tá, e ela dorme sozinha no quarto ?

M: Ela já dorme.

P: Já.

M: Já.

P: Já tem um quarto só pra ela ?

M: Só, só pra ela tem.

P: E aí, o quarto de vocês é separado ?

M: É.

P: Você falou que quando ela dorme, às vezes, com você (...).

M: Não, às vezes é assim por exemplo, ela tem o quarto dela, mais mesmo assim, quando o meu marido fica dormindo até tarde ou XXX assistindo televisão até tarde é (...).aí eu vou deitar mais cedo. Aí ela quer deitar junto comigo e dormir comigo. Então pra ele não mexer com ela, pra levar ela pro quarto, ele vai dormir no quarto dela e ela fica ali, mais é muito difícil acontecer isso. Às

vezes que, quando ela ficar um pouco mais tarde XXX, é que (...) então daí, às vezes, acho que pra ele não mexer com ela, pra levar ela pro quarto, ela fica lá comigo.

P: E você também acha que é melhor ?

M: Não, mais é raro acontecer isso entendeu.

P: Ah tá, geralmente vocês põe ela no quarto ?

M: É no quarto dela.

P: E ela dorme num boa?

M: Dorme.

P: E você percebe que a fralda assim incomoda ela ? Ela já falou alguma vez ?

M: Não, às vezes que ela fala que (...) né, às vezes acho que a fralda tá ficando pequena né, dependendo da marca da fralda que às vezes a gente usa, que ela fala que (...) né (...) XXX .

P: Mesmo a G deve está pequena né?

M: Extra G ela fal (...), que nem da Mônica mesmo extra G é pequena pra ela. Então tem que ser de outra (...) então às vezes, acho que incomoda ela né, que afeta a perninha assim dela. Então, (...) mas (...) só isso, mas é (...) só quando incomoda mesmo que ela fala, mais assim XXX não. Às vezes, ela deixa colocar quando ela acha que ela tá assim (...) eu falo que ela tá de bom or, aí ela deixa pôr né mais senão, (...) mais ela dorme sozinha no quarto dela. É difícil acontecer isso dela dormir às vezes, só quando ele deixa ela dormir comigo lá, pra num mexer com ela, aí ele vai dormir lá e (...) mais é muito raro.

P: E desde quando vocês colocaram ela pra dormir ?

M: Ah, quando eu morava lá em Lençóis, lá eu só tinha um quarto na minha casa né, então ela dormia com lá com nós, mais cama separada, ela na cama dela e agente no nosso. Aí quando eu mudei pra cá, que tem dois quartos, daí ela já começou a dormir sozinha. Então, (...) porque lá agente não chegou a mexer na casa, nada, aumentar assim, XXX era aumentar, eu quero fazer o quarto dela, mais aí deu certo que nós mudamo pra cá. Então, a gente nem chegou a mexer na casa lá. Então aqui já tem dois quartos, então a gente já separou, ela pro quarto dela e a gente pro nosso.

P: Essa casa agora que vocês estão, não é de vocês ?

M: Não, é do meu cunhado. Ele mora na Vila União, ele já tem lá. Então, ele num (...) tava desocupada, aí ele falou assim: ai então vocês fica morando aí, se um dia acontecer deu precisar tudo bem. Mas não tem idéia de vir morar pra cá, é porque ele tem a casa lá, então ele deixou a gente ficar aí, faz um ano já.

P: Então, apesar de tudo, vocês tem parentes aqui também né ?

M: É da parte dele né, dos irmãos dele, é tudo aqui, mãe dele, é tudo aqui.

P: Ah! É tudo aqui em Campinas ?

M: É, o meu é que não é daqui agora (rir).

P: Ah, tá. E deixo eu te perguntar outra coisa, no caso os cuidados diários assim que você tem com ela, você me contou né, que é da fralda, de trocar a fralda à noite e tal, tem mais alguma coisa que você faz com ela que, pra ela não fazer xixi?

P: Não, de fazer xixi não.

P: Que tipo de atitude que você toma assim com ela ? Como que você reage ?

M: Não, a única coisa que ela ainda vai no banheiro, ainda que (...) é só na hora de fazer o cocô, que eu ainda gosto de eu ir lá limpar, porque eu já ensinei ela, mas eu falo pra ela que quanto eu puder ir limpando assim, até a hora que ela né tiver maiorzinha, eu vou ajudar ela a limpar. Mas o xixi eu já ensinei ela a limpar e ela vai sozinha e tudo, só a hora que ela vai fazer cocô que ela fala pra mim, que ela vai fazer. Daí eu vou (...) daí ela me chama, aí eu vou, XXX encontro a ela. Mas o xixi já não, ela já vai XXX sozinha mesmo, ela vai, às vezes, ela (...) mãe eu vou fazer xixi, eu falo assim, tá bom filha pode ir não precisa falar com a mãe que você quer fazer xixi né (rir). Só quando eu tô, assim, noutro lugar né ou sair, assim, pra algum lugar né, aí ela fala, aí eu pego e levo ela né. Porque daí já é deixar sozinha né, sozinha, aí (...) mais eu levo. Mas eu (...) em casa é assim, ela (...) ela vai já em seguida sozinha, só na hora do cocô só.

P: Ah, tá. Ainda tem alguma dificuldade ainda ?

M: (Rir) não, ela (...) ela fala de limpar, mas é a gente mesmo que acho que né, de achar que não vai limpar direito, essas coisas. Então a gente pega (...) eu pego vou e limpo. Mas ela, (...) já ensinei ela a limpar. mas a gente fica meio assim, limpou direito não limpou, essas coisas.

P: Ela tem um peniquinho ou?

M: Não, ela vai (...), ela usou o vaso mesmo.

P: Você já ensinou direto ?

M: Já, ela nem chegou a usar o peniquinho quando ela começou. Foi direto pro vaso já, ela aprendeu, ela ia sozinha. Aí (...) nem, às vezes, ela fala assim (...) que né, ainda eu falei pro Dr Manoel né, que ela às vezes reclamava que ardia né. Às vezes, tá vermelho né, aí eu falo pra ela mais cê enxugou ? Ela fala que enxugou né XXX, pra tomar banho tá vermelho assim. Aí ela fala mãe tá ardendo assim, eu falo assim mais na hora que você vai fazer xixi dói ? Daí ela pergunta (...) essas coisas que a gente pergunta pra criança né. Aí ela fala que não, só tá doendo, aí dô banho, passo pomada, essas coisas assim. Diário assim, normal assim, que ela vai, mais ela vai sozinha, não é aquela coisa de tá indo XXX atrás pra vê. Ela já se vira, assim, de dia ela se vira sozinha, só na hora mesmo de fazer o cocô.

P: Que você ainda auxilia ?

M: Que eu (...) que eu (...) vou lá ajudar ela, mas do xixi é só à noite mesmo.

P: E à noite você não auxilia muito ?

M: (Rir) Nem isso (...) XXX à noite assim, antes dela dormir, eu falo pra ela ir, ela fala que não quer, que não vai, entendeu ? Que geralmente a gente XXX assim, de antes de dormir fazer ir no banheiro né, mais ela não vai. Aí então agora de noite, aí ela já tá com a fralda né, então num sei se é eu que também que tô errada de ter que levantar à noite e levar. Mais (...) né (...) assim, se ela faz mais que uma ou duas vezes então, (...) até eu levantar de novo, num sei se ela já fez ou não. Então, eu coloco a fralda.

P: Você acha, pra você, a fralda é mais fácil ?

M: Ah é (...) fácil, assim, mod (...) como se diz assim.

P: A preocupação é dela ficar molhada ?

M: Dela fazer xixi assim, ficar molhada e fazer assim (...) num quer dizer toda hora, mais vezes entendeu ? Do que eu por exemplo, eu posso levantar e levar ela, mais só que naquele por exemplo, daí eu vou dá um intervalo pra depois levar ela de novo né, nesse intervalo ela vai fazer xixi, entendeu? Isso que eu quero dizer.

P: Eu sei.

M: Né, não que a fralda (rir) fosse XXX né. Eu podia ter tirado né, a fralda dela né.

P: Eu sei. Mas você não tem o hábito de levantar, não né ?

M: Eu levanto, assim, quando ela me chama à noite, que às vezes ela me chama, aí eu levanto pra vê o que ela quer. Às vezes, ela quer algum leite, então aí eu levanto, mais aí ela já tá com a fralda né. Então (...).

P: E deixa eu te perguntar, você sente alguma dificuldade, tem alguma coisa assim que você acha que é difícil, de lidar assim com relação a isso com ela, em casa assim ?

M: De lidar como assim ?

P : De lidar com esse fato dela tá fazendo xixi sempre, assim, uma dificuldade que você acha?

M: Dificuldade assim, ah eu converso com ela né, ah filha sê tem que parar de fazer xixi na cama, ir no banheiro de noite. Mais sei lá se ela entende (rir) já né, sei lá.

P: Você acha o quê? Que ela entende ou não entende ?

M: Ah tem hora que eu acho que ela entende (rir), eu acho que pode ser que não entenda né, mais sei lá.

P: Que hora você acha que ela não entende ?

M: Que tem hora que levantar de noite pra ir no banheiro, a hora que ela tá sentindo vontade de ir no banheiro né, que a gente, à noite assim, às vezes tem pessoas que vai né. Às vezes, a gente levanta pra ir no banheiro. Que nem no caso dela, ela dela (...) a hora (...) dela saber a hora que ela tá com vontade, que ela tem que levantar pra ir pro banheiro. Eu acho que né (...) na cabecinha dela eu acho que isso né, é complicado né. Ela (...) sei lá, XXX é complicado (rir).

P: Você já perguntou isso pra ela ?

M: Não, num perguntei. Então num sei pra ela, acho que deve ser mais difícil né, saber que tem que levantar à noite, a hora que ela tiver com vontade. Porque tá dormindo, a gente já é (...), já sabe né, agora ela num sei, se pra ela é mais fácil.

P: Então você acha que, tem algumas coisas que você fala que ela não entende, é com relação a isso ?

M: Uai eu acho que sim, porque (...) no caso não teria acho que outra coisa, sei lá. Que leve a ela (...) num (...) né, acho que é só (...) eu acho que, (...) só se (...) eu acho que é mais isso sim. Porque não tem outra coisa, sei lá né se tem ou não.

P: Assim, você acha que ela não compreende ainda ?

M: Ainda que de noite que nem ela tá com vontade de fazer xixi, que ela tenha que levantar pra ir no banheiro. Isso ainda eu acho (...) que, eu acho que ela num deve (...) né, na cabecinha dela ainda acho que num entende ainda né.

P: É.

M: É né, que ela num entende ainda né.

P: Ela não entende igual os adultos entendem.

M: Igual os adultos entendem

P: Mais ela tem alguma compreensão de criança, ela tem.

M: Isso é.

P: É só tem assim que, você tentar conversar com ela de uma maneira em que ela compreenda você. Porque se você for conversar com ela de uma maneira que você conversa com o adulto, pra saber alguma coisa dela, aí realmente pode ser que entre vocês duas não tenha uma compreensão.

M: É, às vezes, pode ser eu também saber né, lidar com esse (...) como explicar, pra ela fazer né, pode ser às vezes isso também.

P: Mais você acha que é ?

M: Não,(rir) ah eu XXX certeza porque (...) num sei (rir) (...) às vezes pode até ser que seja também, que a gente tenta explicar mais, às vezes, pode ser que ela não entenda né. A gente explica tudo, mais sei lá, vai saber se ela tá entendendo o que eu tô falando também né. Pra gente, a gente acha que ela tá entendendo né. Mais às vezes, também pode ser que ela num (...).

P: Você acha que ela sinaliza que ela entendeu ou não?

M: Ó pelo menos de dia, quando foi pra mim ensinar ela a ir pro banheiro, eu acho que ela aprendeu rapidinho (rir).

P: A dificuldade tá noite mesmo?

M: A dificuldade é à noite (rir). Então porque quando foi pra mim tirar ela, conforme eu ia falar com ela, ela foi indo (...) ela (...) aprendeu assim rapidinho né. Agora de noite, acho que (...) né.

P: Pode ser que você possa usar da mesma maneira né, que você fez de dia, à noite também né.

M: É, também.

P: Ou pelo menos tentar.

M: É, pelo menos tentar. Mas eu acho, assim, que a minha dificuldade é que nem no caso à noite, ela tá dormindo né e ela perceber que ela tem que levantar né pra ir pro banheiro. Aí eu já teria que tá né ajudando ela ir pro banheiro, chamar ela. E às vezes, quando ela tá dormindo, ela fica brava porque a gente vai mexer com ela, porque ela quer dormir (rir). Às vezes, que tem que vim pro posto cedo mesmo, ela já fica brava, que ela quer dormir, que ela não quer vim, entendeu? Então, às vezes, a gente (...) é isso também às vezes né, que ela (...) se eu for mexer com ela, ela vai brigar e não vai querer ir pro banheiro e ela né.

P: Aí você acaba não mexendo né?

M: Acabo deixando quieto, não mexendo com ela.

P: E a assim, mas você falou pra mim no começo, que você tem essa preocupação né, queria saber, tinha essa dúvida.

M: É tem alguma coisa né, se tem é (...) se tem (...) se é normal ela continuar fazendo ou não né, porque já era pra ela ter parado.

P: O que você quer saber, é se é normal ou não?

M: É, normal assim modo de dizer, que nem ela tá com quatro, vai pra cinco anos. Que normalmente eu vejo crianças com essa idade já nem usa mais fralda faz tempo né pra dormir, se

é normal dela, se ela mesmo vai começar a controlar isso ou não. Ou é algum problema que possa ter e ela num conseguir parar, é isso que eu queira saber.

P: E qual a sua sensação, assim, com relação a essas dúvidas ? Assim, o que que você sente por ela tá fazendo xixi todo os dias, por ela tá tendo esse comportamento ? O que que você sente ?

M: Nada, ela num (...) ter parado ainda e outras crianças já parou.

P: Como que você sente ?

M: Ah, a gente fica preocupado né se tem algum problema, porque ela num parou e outra criança já parou e ela continua usando fralda ainda né. Será que é eu, será que é ela né, é isso que eu penso assim, que eu fico mais assim né. Que a gente fica preocupada, às vezes eu falo assim será que é eu, será que é ela que tem que (...) ou é ela num tá na ida (...) tá é (...), depende muito da criança que continua ou não ou já é pra ela ter parado ou não. Essas coisas assim que eu fico pensando mais né, em relação a isso. Mais outra coisa assim que me deixa preocupada acho que não. Só o fato dela tá indo assim, fazendo né, se tem algum problema, se (...) dela tá continuando fazer ou não.

P: Quer dizer que se eu disser pra você que é normal e que ela não tem nenhum problema, você vai deixar ela fazer xixi até ?

M: Não, aí eu vou ter que vê né, vê se ela, (...) se eu consigo tentar fazer ela parar né. Ajudar ela a ir ao banheiro de noite, alguma coisa eu vou ter que tentar fazer né (rir). Que eu num vou deixar né fazendo xixi né, isso que eu quero dizer. Mais ainda se o médico falar assim, ah tem criança que faz com cinco, seis anos. Mas o (...) né.

P: Você vai esperar até uns seis anos, até ele falar ?

M: Ô louco, até ele falar! Num dá né!

P: Pode ser que você sinta essa necessidade de alguém tá falando pra você e te dando uma idade. Se eu ti disser que a idade é até cinco anos, você vai esperar ela completar cinco anos, pra daí tentar fazer alguma coisa assim ?

M: Não, eu acho, (...)sei lá. Eu acho que eu vou tentar já começar a fazer alguma coisa pra vê se ela pára né. Porque num vou deixar também né (...) porque não dá né!

P: E assim deixa eu te perguntar, no caso você com ela, como é?

M: O dia-a-dia ?

P: É .

M: Se relaciona ?

M: Ah (...).

P: Como é que você age com ela ? Como é que você, que tipo de mãe você se acha ?

M: Ah, eu acho que eu não sou tão ruim né, assim, como mãe. Igual tem mãe que judia das crianças. Eu acho que eu trato bem ela, assim, cuido dela, tento ensinar as coisas pra ela, o que é certo, o que é errado né. É (...) eu acho, assim, que ela é um pouco assim (...) por exemplo, tira ela fora do sério, ela já fica nervosa né. Mais assim (...) tem hora que ela é muito teimosa, isso acho que toda criança né, tem hora que né (...) aí a gente fala, fala, num adianta né. Mais eu acho que eu num (...) sei lá, a minha relação com ela é boa né, carinho, essas coisas que a gente dá, passa pra ela, conversa com ela né, brinca, essas coisas. Eu acho assim que ela já é mais

apegada com o pai né. Num sei se é o fato de ser menina, sei lá e ele já é mais assim com criança então, mais ela assim (...) também não fica sem eu (rir), entendeu ? Mais assim, a nossa relação assim (...) é uma relação boa. Eu acho que eu tenho uma relação boa com ela, agora num sei se isso também (...), pode ser também né alguma coisa, sei lá se causa alguma coisa também.

P: Pode ser o quê ?

M: Ah sei lá (...) (rir), a gente acha que a gente tá fazendo alguma coisa certa e num é daquele jeito, entendeu ?

P: O que que você acha que não está fazendo ?

M: Pelo menos do jeito que eu assim (...) trato ela, cuido dela, eu acho que tá certo, entendeu? Mais assim de errado, eu num sei te dizer né. Porque a gente, (...) brava a gente fica toda hora né com criança, num adianta falar que não fica, que fica né. Mas (...) normal, pessoas né (...) assim como fala, discutir assim com ela, assim ficar brava com ela é né (...) normal. Mas a gente tem a relação de carinho, de conversar.

P: Você tá falando que, de vez em quando você tem algumas explosões assim ?

M: Assim quando tira a gente fora do sério, a gente tem, não vou falar que eu não tenho né. Mas não de fazer igual tem mãe que agride a criança, faz essas coisas. Porque eu acho que não né, mas de chamar atenção, essas coisas sim né. Que a gente tem que ensinar pra criança que não pode, às vezes, tá fazendo coisa errada, que num deve, que tem mãe que num (...) já vai, já sabe que a criança já XXX. Eu já não, eu gosto de falar pra ela que não pode, que tá errado, eu acho que assim, que outro (...) não tem assim coisa errada (...) né, porque eu (...) né. Tem hora que a gente fica brava, mas eu acho que num (...) num é além dos limites assim. Eu acho que né toda mãe fica brava com o seu filho né, XXX essas coisas, tem mãe que faz, quase acaba com a criança. Mas não, isso não, Deus o livre.

P: E como é que é ela e o teu marido ?

M: Ah, eles já são mais apegados, num (...) assim, um com o outro. Meu marido eu falo que ele já assim, deixa ela fazer o que ele, ela quer dele né. E assim (...) que nem eu já sou assim mais, eu sou às vezes por exemplo, eu desço na cidade, falo pra ela agora não, a mainha não pode comprar agora as coisas. Então ela comigo ela deixa, ela já passa, entendeu. Eu falo assim, outro dia quando a mãe puder, a mãe compra, então ela já fica. Agora com o pai dela não, ela fica lá na cabeça do pai dela até o pai dela fazer entendeu. Uma coisa assim, que ela já sabe que o pai dela, se ela ficar chorando na frente do pai dela assim, que ele vai XXX e vai fazer entendeu. Assim só, (...).ah, ele brinca também com ela assim sabe, dá atenção total pra ela, porque acho que é a única, a única filha então ele (...) né, não que se ele tivesse outro não ia dá, mas por ele gostar de criança né, então ele já é mais assim, faz todo o gosto dela né. Mas não todos né, (rir) que tem coisa que num dá pra fazer né, quando a gente pode a gente faz, mas quando num dá né e ele já não sabe falar não pra as coisas, que às vezes né, que num pode assim. Então ele já (...).

P: Ele já permite?

M: Permite mais né.

P: E você concorda assim com o jeito dele ?

M: Tem coisas que dá não (rir). Assim, às vezes, que nem assim ele tá falando assim não mexe aí, saí daí, num mexe aí, ela tá mexendo e ele sabe, vai deixando, só fala entendeu, num vai.