



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**



CLAUDIA DOS REIS MOTTA

**PERCURSOS DO SIGNIFICANTE NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
FUNCIONAL: A FALA DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS PAIS**

Salvador
2018

CLAUDIA DOS REIS MOTTA

**PERCURSOS DO SIGNIFICANTE NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
FUNCIONAL: A FALA DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS PAIS**

Tese de Doutorado (2015-2018) do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciana Rodrigues Silva

Coorientador: Dr. Hélio de Castro

Salvador
2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Reis Motta, Claudia dos
Percurso do significante na constipação intestinal
funcional: a fala de crianças, adolescentes e seus
pais / Claudia dos Reis Motta. -- Salvador, 2018.
252 f. : il

Orientador: Luciana Rodrigues Silva.
Coorientador: Hélio de Castro.
Tese (Doutorado - Doutorado em Processos
Interativos dos Órgãos e Sistemas) -- Universidade
Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde,
2018.

1. Constipação Intestinal Funcional. 2.
Psicanálise. 3. Fala. 4. Criança. 5. Pais. I.
Rodrigues Silva, Luciana. II. Castro, Hélio de. III.
Título.

CLAUDIA DOS REIS MOTTA

**PERCURSOS DO SIGNIFICANTE NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
FUNCIONAL: A FALA DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS PAIS**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em, _____.

Banca Examinadora

Luciana Rodrigues Silva, Orientador(a) _____
Doutor(a) em Medicina, pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal da Bahia

Hélio de Castro, Coorientador _____
Psiquiatra e psicanalista, pela Universidade Federal da Bahia.
SEDE da psicanálise

Maria Roseli Gomes Brito de Sá _____
Doutor(a) em Educação, pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal da Bahia

Genauto Carvalho de França Filho _____
Doutor(a) em Sociologia, pela Université de Paris VII (2000).
Universidade Federal da Bahia

Regina Glória Nunes Andrade _____
Doutor(a) em Comunicação Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Irlena Maria Malheiros da Costa _____
Doutor(a) em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

“Aquele que me interroga também sabe me ler”

Jacques Lacan*

“De fato, o sujeito do inconsciente só toca na alma através do corpo, por nele introduzir o pensamento [...]”

Jacques Lacan*

Minha eterna gratidão:

À toda minha família, em especial, aos meus sábios pais, Nelma dos Reis Motta e César Motta, pelo amor, respeito e investimento de vida na família. À minha irmã, Sylvia dos Reis Motta, pela amorosidade e pela força nos momentos mais importantes da minha vida, aos meus queridos tios Sylvia Maia (e madrinha) e Afonso Maia, pelo incentivo, ao meu admirado tio João Reis – escritor que me inspira, aos meus amados afilhados, filhos da alma, obrigada por compartilharem alegria da juventude: Maria Lua, Yasmin, Apuã e Luã.

À querida Profa. Dra. Luciana Rodrigues Silva, a quem muito admiro pela força, competência e verdadeira postura de interdisciplinaridade: obrigada por acolher, respeitar e dialogar com a Psicanálise.

Ao Dr. Hélio de Castro, obrigada por mostrar-me a direção, por dar luz quando tudo parecia escuro, por me ensinar a cair para aprender, criar e escrever a partir do vazio. Obrigada por estar ao meu lado nos momentos mais desafiadores da minha vida. Obrigada pela escuta sensível e sábia.

* Ver referência 26 no CAPÍTULO 5 – REFERÊNCIAS DA TESE, p.140.

À Direção do Programa, Prof. Roberto Paulo Araújo, por dar exemplo de persistência, disciplina e luta.

À Coordenação do Programa, Profa. Fabiana Paim, que um dia sussurrou no meu ouvido após minha apresentação de um artigo sobre Psicanálise: “Não desista! Siga em frente!”

A todos os professores do Programa, pela dedicação.

Aos colegas, SEDE Psicanálise, à Marianita Requião (Coordenadora) e Hélio de Castro (Diretor), pelos 24 anos de transmissão da Psicanálise e luta pela causa.

À Equipe da Gastro (HUPES), pelo acolhimento, pelos encaminhamentos dos pacientes (sujeitos da minha pesquisa).

Aos pacientes e respectivos pais, pela confiança e entrega.

À Ana Paula Lobo Machado, pela contribuição médica no Artigo 1 da tese.

Ao amigo Eduardo Ferraz, pela disponibilidade e por compartilhar sua experiência acadêmica.

Ao amigo Jorge Mendes, pela revisão de Inglês.

À Lara, estagiária querida, sempre disponível para colaborar de maneira inteligente.

À Patrícia Lopes, pela força e paciência.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os significantes, em torno do sintoma constipação intestinal funcional, na fala de crianças e adolescentes e seus pais. Articulou-se a essa análise a seguinte questão: como a constipação revela a subjetividade da criança, mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Buscou-se também sensibilizar a equipe interdisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo. Tratou-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com crianças e adolescentes, entre 3 e 18 anos de idade, diagnosticados com constipação intestinal funcional, encaminhados para a analista pela equipe médica do ambulatório de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. A pesquisa foi dividida em dois braços. O primeiro braço tratou da análise dos significantes que emergiram nas falas dos pacientes a partir de um questionário aplicado pela analista. Quatorze famílias foram entrevistadas. O questionário abordou três aspectos do sintoma: o real do corpo, o simbólico (ideias) e o imaginário (afetos). A segunda parte da pesquisa discorreu sobre o discurso das crianças e dos pais, acerca do sintoma da constipação intestinal funcional, ao longo das entrevistas preliminares. A técnica Psicanalítica utilizada nas entrevistas foi a escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. A escuta, em atenção flutuante, foi a via por meio da qual a analista seguiu os indícios da libido e suas fixações reveladas na fala do paciente. Analisou-se os significantes acerca do sintoma da constipação em cento e quarenta entrevistas realizadas. As respostas colhidas, na primeira parte da pesquisa, demonstraram, preliminarmente, que os discursos dos filhos e dos pais revelaram conflitos inconscientes subjacentes ao sintoma da constipação intestinal funcional. O insucesso do tratamento medicamentoso foi relatado por treze dos pacientes. O discurso das mães denotou autocobrança, exigência e dificuldades em estabelecer limites. No discurso paterno observou-se a falta de tempo, a desobediência das crianças, mães que impedem o exercício da função paterna e embaraço com a autoridade. Segue uma amostra dos significantes colhidos e associados à constipação: trancar, não posso falar, calar; não se abrir; desconfiar; entupir; prender, não dar; desistir; não saber fazer; tinha que fazer. Nas entrevistas preliminares, a análise dos significantes foi aprofundada. Significantes como fazer, preso, cocô, vaso, colar, segurar *versus* soltar, dificuldade de dividir, timidez, dor, melar, sujo *versus* limpo, angústia, agressividade, sofrer,

pai ausente, medo, culpa, controle, bebê, nascer, matar, brincar, trabalhar, dinheiro, teimosia, esconder, monstro, limites, comer *versus* não comer, dentre outros, repetiram-se entre os casos. A análise das falas dos pacientes revelou conteúdos inconscientes recalcados referentes à pulsão anal, à relação da criança com as fezes, à subjetividade da criança, da mãe, do pai e do casal (ex-casal) parental. Os dez pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram melhora significativa, dentre os quais, sete obtiveram a cura do sintoma. Os resultados da pesquisa, apesar de parciais, foram significativos e demonstraram que a Psicanálise cura pelo significante uma vez que a fala, no tratamento, atravessa o corpo e provoca efeitos de cura.

Palavras-chave: Sintoma. Constipação Intestinal. Fala. Criança. Pais. Psicanálise. Multidisciplinar.

ABSTRACT

The objective of the present study is to analyze the signifiers surrounding the symptom of functional intestinal constipation in the speech of children, adolescents and their parents. This analysis was articulated to the following questions: how does constipation reveal the subjectivity of the child, the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? The present study is prospective-qualitative, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age range between 3 and 18 years old, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO complex of the UFBA. The research was divided into two branches. The first branch dealt with the analysis of the signifiers that emerged in the speeches of the patients out of a questionnaire applied by the analyst. Fourteen families were interviewed. The questionnaire approached three aspects of the symptom: the real of the body, the symbolic (ideas) and the imaginary (affects). The second part of the research addressed children's and parent's talk, surrounding the functional intestinal constipation symptom, during the preliminary interviews. The Psychoanalytic technique used in the interviews was the analyst's listening in fluctuating attention and the patients' free association. Listening, in fluctuating attention, was the way through which the analyst followed the libido's traces and its fixations revealed in the patients' discourse. The signifiers were analysed in one hundred interviews carried out by the analyst. The responses collected showed, preliminarily, that the speech of the children and parents revealed unconscious conflicts underlying the symptom of functional intestinal constipation. A lack of success with medical treatment was reported by thirteen patients. The discourse of the mothers indicated self-demands, demands and difficulty with establishing limits. In the discourse of the fathers, a lack of time, disobedience of the child, mothers who hampered the performance of the paternal role and difficulties with authority were observed. Subsequently, a sample of signifiers collected and associated with constipation: holding in, "I can't speak"; muteness; not open up; to suspect; block; keep in, not give; give up; not know how to do it; having to do it. The signifiers' analysis was deepened over the preliminary interviews. The following signifiers were repeated among the cases to make, stuck, poo, toilet, to glue, to hold *versus* to release, difficulty with sharing, shyness, pain, to spoil, dirty *versus* clean, anguish, aggressiveness, to suffer, father's absence, fear, guilt, control,

baby, to be born, to kill, to play, to work, money, stubbornness, to hide, monster, limits, to eat *versus* not to eat, among others signifiers. The analysis of the patients' discourse showed repressed unconscious matters regarding to the anal pulsion, the relationship of the child with the feces, the subjectivity of the child, the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple). All the ten patients that joined the treatment presented substantial enhancement, among those seven achieved the symptom's cure. The results of the research, although parcial, were meaningful and demonstrated that Phychoanalysis heals through the signifiers since talking, during the treatment, goes through the body and produces cure effects.

Key Words: Symptom. Intestinal Constipation. Speech. Child. Parents. Psychoanalysis. Multidisciplinary.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Borboleta	p. 45
Figura 2	Casa vazia	p. 46
Gráfico 1	Alimentos ingeridos no café da manhã	p.75
Gráfico 2	Familiar com histórico de problema intestinal	p.76
Gráfico 3	Sintomas associados	p.77
Gráfico 4	Início do treinamento no vaso	p.77
Gráfico 5	Ritmo intestinal	p.79
Gráfico 6	Sentimentos da criança em relação a mãe	p.80
Gráfico 7	Sentimento da criança em relação a dificuldade de defecar	p.80
Gráfico 8	Sentimentos da Mãe em relação ao filho(a)	p.81
Gráfico 9	Sentimentos da mãe em relação a constipação do paciente	p.82
Gráfico 10	Idade dos pacientes	p.104
Gráfico 11	Escolaridade dos Pacientes	p.104
Gráfico 12	Escolaridade da Mãe	p.105
Gráfico 13	Escolaridade do Pai	p.105
Figura 3	Rede dos códigos utilizados na análise das entrevistas	p. 107

SUMÁRIO

	CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO GERAL	10
1.1	OBJETIVO GERAL	14
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.3	JUSTIFICATIVA	15
1.4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
1.4.1	O sintoma da constipação intestinal funcional e tratamentos sob as perspectivas da medicina e da psicanálise	30
1.4.2	Articulações entre o desenvolvimento psíquico, o trauma e o lúdico na clínica psicanalítica com crianças	35
1.4.3	Psicanálise, linguística, discurso e articulações com o sujeito e o sintoma	47
1.4.3.1	<i>Interlocuções entre a psicanálise e a análise de discurso</i>	53
1.4.4	Entrevistas preliminares, possibilidades e limites da psicanálise	62
	CAPÍTULO 2 – O REAL, O SIMBÓLICO E O IMAGINÁRIO NA FALA DE CRIANÇAS E PAIS ACERCA DO SINTOMA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL	67
2.1	INTRODUÇÃO	68
2.2	MÉTODO	71
2.3	RESULTADOS	73
2.4	DISCUSSÃO	88
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	95
	CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS SIGNIFICANTES NA FALA DE CRIANÇAS E PAIS ACERCA DO SINTOMA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL: UM ESTUDO DE REFERÊNCIA PSICANALÍTICA	98
3.1	INTRODUÇÃO	99
3.2	MÉTODO	103

3.3	RESULTADOS	107
3.4	DISCUSSÃO	109
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	132
	CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
	CAPÍTULO 5 – REFERÊNCIAS DA TESE	140
	APÊNDICE A – The real, the symbolic and the imaginary in parents’ and children’s speech surrounding the intestinal functional constipation symptom	148
	APÊNDICE B – Significantes na fala de crianças e pais acerca da constipação intestinal funcional	170
	APÊNDICE C - Psicoterapia breve em pacientes com constipação intestinal funcional: contribuições à educação médica	199
	APÊNDICE D – O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo	219
	APÊNDICE E – Resultados preliminares do projeto piloto	231
	APÊNDICE F – Questionário	234
	APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	247
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética	248
	ANEXO B – Atestado dos revisores	250

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO GERAL

O escopo principal da atual pesquisa é analisar, no discurso das crianças, dos adolescentes e pais, os significantes, em comum entre os casos pesquisados, relacionados com o sintoma constipação intestinal funcional. Articular-se-á, a partir dessa análise, como o sintoma reflete a subjetividade da criança, da mãe, da função paterna e do casal (ex-casal) parental. O que há de semelhante entre os casos? O presente estudo busca também, numa perspectiva multidisciplinar, integrar alguns apontamentos dos saberes médico e psicanalítico acerca do sintoma constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes.

A fala, como expressão do inconsciente, é o objeto de estudo desta pesquisa. Uma vez que o inconsciente é estruturado como linguagem, é através desta que temos acesso aos conteúdos latentes do psiquismo humano. Cada palavra dita esconde um não dito nas entrelinhas. Cada dito possui diversos significados particulares para cada indivíduo que se encontra inserido em determinado contexto. Investigar as falhas, os verbos, as expressões emergentes no discurso da criança e dos pais permite trilhar como o sujeito constrói seu sintoma, que é constituído pela linguagem.

A criança faz sintoma na tentativa de dizer o que não consegue. Nesse sentido, o sintoma fala. O que a criança quer, através do sintoma de constipação intestinal funcional? Denunciar o lugar de alienação à demanda da mãe e requisitar que o pai a ajude a separar-se simbolicamente desse discurso que a aprisiona? O lugar subjetivo de alienação à mãe, inicialmente, é necessário porque esta é a matriz sobre a qual a criança exercerá sua tarefa de crescer. O problema é que a criança com constipação intestinal funcional fica estagnada na demanda materna anal que lhe exige **fazer, evacuar**. O sintoma, que tem sua função específica na singularidade de cada criança, passa a ter uma função no tratamento psicanalítico: dar voz aos conflitos daquele que sofre. Há aspectos psíquicos semelhantes e distintos nas falas das crianças e dos seus pais. Dessa forma, escutar como a fala revela a dinâmica da criança de alienação e separação é de extrema importância na investigação dos aspectos psíquicos em torno do sintoma em questão.

A presente introdução é seguida pelos objetivos geral e específicos, justificativa e revisão bibliográfica. Na sequência, o corpo da tese é constituído por dois artigos – em sua íntegra – que foram submetidos a duas revistas (vide Apêndices A e B). O método e as discussões estão inseridos em cada artigo. Enfim, as considerações finais do estudo e referências.

A justificativa é iniciada com o tema das resistências à psicanálise e uma proposta de aproximação da psicanálise com a medicina. Expõe-se como a relação entre a constipação intestinal funcional e os discursos das famílias sobre esse sintoma é uma contribuição psicanalítica original e de extrema importância para a saúde pública e conscientização da comunidade científica e leiga. Mais adiante, desenvolvem-se as vantagens da pesquisa qualitativa, bem como a importância de se formalizar os achados da experiência clínica psicanalítica em estudo científico. A partir dessa ideia, discorre-se sobre como a pesquisa qualitativa é um processo dinâmico e em constante mutação, visto que o conhecimento é construído na medida em que a investigação caminha. Esse aspecto construtivo da pesquisa qualitativa, em que o pesquisador é ao mesmo tempo um observador cientista e um intervencionista – cuja subjetividade está incluída no processo da pesquisa –, é articulado com o método de investigação psicanalítica. A partir da experiência clínica da analista, referenciada nos estudos de investigadores expoentes na área de saúde e linguística (como Bayet, Balint, Groddeck, Ferenczi, Winnicott, Freud, Sausurre, Lacan, Dolto, Roudinesco e tantos outros), justifica-se o atual estudo e sua colaboração para que a prática médica inclua no processo de cura a escuta ao paciente que fala, sob transferência.

A Revisão Bibliográfica é iniciada com um paralelo entre os conceitos, diagnósticos e tratamentos da constipação intestinal funcional sob a perspectiva da medicina e da psicanálise, visando esclarecer a importância da associação entre esses dois saberes.

Logo depois, aborda-se sobre o conceito de pulsão e ampliação da concepção de corpo da criança, introduzidos por Freud, com o intuito de discursar sobre as relações entre o desenvolvimento psíquico da criança e as funções materna e paterna na dinâmica do Complexo de Édipo. Ainda, como a linguagem está imbricada em toda essa dinâmica. Deste ponto, fundamenta-se a questão da fixação da libido da criança, portadora de constipação intestinal funcional, na fase anal (outra etapa de separação da mãe) e relaciona-se esse processo com a noção de trauma em Freud e Lacan. No final dessa parte da Revisão Bibliográfica, destrincha-se como a criança, através do brincar, busca elaborar as experiências traumáticas.

No item 1.4.1 articula-se Psicanálise, discurso, linguística, sujeito e sintoma. Uma vez que a fala do sujeito, acerca do sintoma em questão, é o ponto central dessa tese, a autora escreve sobre como a linguística oferece referencial científico para respaldar a teoria e a prática psicanalíticas. Expõe-se, nesse trecho da tese, a ideia de que o inconsciente e o sujeito falante se constituem a partir da linguagem. Consequentemente, o sintoma é

constituído pelo discurso inconsciente. Deste pressuposto, a fala do paciente para um outro para quem transfere seus conflitos infantis, bem como as intervenções do analista, incidem sobre o sintoma em direção à cura. Dessa forma, o caminho de investigação e intervenção psicanalíticas sobre o sujeito e seu sintoma se dão através da escuta e da fala. Assim, explicita-se a técnica da Psicanálise, referenciada nas obras de Freud e Lacan, que sustentam a prática clínica na primazia do significante sobre o significado. O sintoma, por sua vez, é uma metáfora que apresenta diversas delimitações simbólicas emergentes no discurso do sujeito, na maneira como ele organiza as palavras. Dois conceitos cruciais (metáfora e metonímia), duas vertentes principais dos efeitos da linguagem no discurso, são utilizados para embasar essa ideia. Pontua-se que Freud antecipou o linguista Sausurre quando aquele pesquisou sobre os tropeços na fala como os *atos falhos*, *chistes*, *etc.*, e provou, a partir do estudo de casos clínicos, como o inconsciente é uma circunstância da linguística.

No intuito de aprofundar o mote da tese (o discurso), fez-se uma interlocução entre a Psicanálise em Lacan e a Análise de Discurso em Pêcheux em que a intersecção entre as duas teorias está em seguir os *índices* não observáveis a olho nu: o inesperado, os desvios e as repetições na fala do sujeito. Ao trilhar esses índices, que dão sentidos diversos e particulares ao discurso, o analista pode ler os desejos e a posição inconscientes do sujeito. Transcorre-se sobre o *paradigma indiciário* que procura sentidos no discurso – que vão além do que é dito – e analisa diversos *corpus* ou construções de fatos no discurso. Pode-se pensar, então, o sintoma como um *corpus*? Uma construção de fato no discurso?

Uma outra intersecção entre essas duas teorias, explanada na tese, é o conceito de real na estrutura da língua que foge às formalidades da língua lógica. O real enquanto centro da estrutura do psiquismo e ao redor do qual o discurso se repete procurando sentidos. Nesse ponto a autora examina mais de perto a repetição no discurso. O real da língua, portanto, aporta o que lhe é próprio: o equívoco. É nesse espaço, entre o dito e o não dito que trabalha o psicanalista e o analista de discurso enquanto pesquisadores linguísticos que farão *recortes* no discurso, a partir do que encontrarem fora do comum na fala do paciente. Essa leitura do pesquisador, diretamente ligada à escuta e à atenção flutuante, desloca toda a obviedade do sentido aparente do discurso.

Nesse momento da tese, o entrelaçamento entre Psicanálise, Análise de Discurso, Linguística e suas contribuições no processo de saúde do paciente embasa a interdisciplinaridade do estudo proposto. Aprender o sentido oculto no discurso daquele

que sofre e *goza* com seu sintoma é uma forma de tangenciar a dinâmica do adoecimento e da cura através da leitura da linguagem.

Por fim, a autora esclarece sobre as funções dos sintomas, da transferência e do diagnóstico nas entrevistas preliminares, bem como suas imbricações no âmbito da pesquisa em psicanálise. Explicitam-se também as especificidades na clínica com crianças e adolescentes, possibilidades, avanços e limites da técnica psicanalítica.

Em seguida, expõem-se dois artigos nascidos do presente estudo. Cada artigo, apresentado na tese atual, representa um braço da tese. O primeiro artigo faz uma análise da fala da criança e dos pais a partir de respostas a um questionário construído pela pesquisadora, orientadora e coorientador. O questionário é constituído de quatro partes que contemplam três aspectos do sintoma: o real do corpo, o imaginário (afetos) e o simbólico (conflitos psíquicos). A quarta parte investiga possíveis resistências dos pacientes ao responderem o questionário. O segundo artigo, segundo braço da tese, discorre mais profundamente sobre o discurso das crianças e dos pais acerca da constipação intestinal, partindo das entrevistas preliminares que também possuem uma função de tratamento. O método central da pesquisa consistiu na escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. A atenção flutuante significa o estado em que a analista se põe durante a escuta quando se abstem dos seus preconceitos, valores pessoais e pressupostos teóricos para que a sua atividade inconsciente flua mais livremente. Enquanto que o paciente – em associação livre – fala, com o mínimo de censura possível, tudo o que lhe ocorrer à mente.

Na primeira fase da pesquisa, o questionário foi utilizado como um instrumento; o foco foi a escuta dos significantes e dos sentidos, nas falas dos entrevistados, acerca do sintoma em estudo. Toda a análise de discurso é embasada na teoria psicanalítica que é respaldada na linguística. O ponto de interseção entre os dois artigos na tese é a fala.

As entrevistas preliminares aconteceram em uma sala do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da UFBA, com raras interrupções. Durante as entrevistas utilizou-se um pendrive-gravador – com a permissão dos pacientes e pais. Quando ocorriam incômodos ou dúvidas em relação ao mesmo, a analista legalizava que os entrevistados falassem sobre o assunto e o contrato de sigilo era ratificado. A analista realizou as entrevistas preliminares com os pais e as crianças em conjunto, com o casal parental em particular e com a criança/ adolescente sozinha (o), considerando a particularidade de cada caso. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética

do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09).

A maior parte das quatorze famílias pertence à população carente e com nível sócio-econômico precário e, na maioria das vezes, abertas à investigação e ao tratamento. Nos capítulos 2 e 3 serão apresentados com mais detalhes os perfis dos sujeitos do estudo.

A incursão na pesquisa científica sobre o tema da constipação intestinal funcional, seus aspectos psíquicos e contribuições ao saber médico, iniciou-se no mestrado em 2010. Além da investigação realizada com os Residentes de Pediatria, a analista efetuou um Projeto Piloto caracterizado por entrevistas preliminares com crianças e adolescentes, portadoras do referido sintoma, e respectivos pais. Como resultado desse estudo, produziu sua dissertação *O que sabem os residentes de Pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos?*¹ e os artigos intitulados: *A psicanálise da criança: um estudo de caso*²; *What do pediatric residents know about the Psychological factors in constipation?*³ *O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo*⁴; e *Psicoterapia breve em pacientes com constipação intestinal funcional: contribuições à educação médica*⁵.

Por fim, é importante ressaltar que toda a formatação da presente tese foi indicada pelo Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar no discurso da criança, do adolescente e dos seus pais os significantes em comum relacionados com o sintoma de constipação intestinal funcional.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analisar as manifestações psíquicas, latentes na fixação anal na infância e adolescência;
- 2) Investigar como a constipação revela a subjetividade da criança, da mãe, do pai e do casal (ex-casal) parental;
- 3) Sensibilizar a equipe multidisciplinar para os aspectos psíquicos do sintoma.

1.3 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que as resistências à psicanálise, as quais Freud⁶ se referiu, ainda persistem nos dias atuais e independem da formação intelectual. O ser humano quer o novo e, ao mesmo tempo, resiste ao desconhecido. O inconsciente é da ordem do desconhecido e investigá-lo provoca reações diversas. Essas reações indicam que “poderosas forças emocionais” foram acordadas: “[...] as resistências mais fortes à psicanálise não foram de tipo intelectual, mas surgiram de fontes emocionais”⁶. No entanto, a questão que Freud expõe nesse artigo é que essa postura se origina de uma “reação primitiva contra o que é novo”⁶. É certo que se alguém conseguir detectar as substâncias químicas relacionadas às neuroses, não precisaria se preocupar com as oposições acerca da proposta da psicanálise. Freud⁷, contudo, não negou a base biológica da formação dos sintomas. Apresentou os distúrbios da histeria, por exemplo, como consequentes de uma ligação entre distúrbios somáticos e mentais. Não apenas a comunidade científica como também os leigos reagiram com “indiferença ou antipatia” às novas descobertas realizadas pela psicanálise⁶. Contudo, nada do que foi acima exposto explica as “explosões de indignação, derrisão e escárnio” frente à psicanálise, o que demonstra que essas reações são de cunho emocional⁶.

Diversos aspectos da teoria psicanalítica podem despertar reações como aquelas sobre o que Freud chamou de “paixões” em qualquer ser humano, não apenas na comunidade científica. A psicanálise “tentou levantar o véu da amnésia dos seus anos de infância” e isso deixou as pessoas furiosas⁶. A falta de elaboração de conteúdos inconscientes tal e qual aqueles relacionados ao horror ao incesto e aos instintos próprios da sexualidade infantil – como a fixação anal e seus componentes sádicos e masoquistas – aumenta a possibilidade desses fatores irromperem de forma violenta adoecendo o sujeito e a sociedade⁶. A psicanálise “revelou as fragilidades” de um sistema social: como o indivíduo pode preservar seu “equilíbrio mental” diante de exigências de moralidade e “restrição de instintos” feitas pela sociedade, uma vez que esta sustenta “uma hipocrisia cultural” ao “proibir a crítica e a discussão?”⁶. Finalmente, com a descoberta do inconsciente, a psicanálise deu um “golpe” no narcisismo do homem que acreditava o Ego ser senhor na sua própria casa⁶.

No intuito de aproximar-se da equipe multidisciplinar e lidar com as resistências à psicanálise, a analista busca utilizar uma linguagem simples com profundidade e traduz termos centrais da psicanálise numa linguagem inteligível para a comunidade científica e leiga. Na prática da pesquisa, as entrevistas preliminares psicanalíticas funcionam como

um tratamento breve. Dessa forma a psicanálise pode ser inserida no contexto hospitalar e contribuir, em conjunto com a equipe médica, num tempo determinado, em direção à cura do paciente.

A partir de uma pesquisa bibliográfica preliminar, verificou-se que a constipação intestinal funcional é uma condição comum em crianças e adolescentes, cuja prevalência varia entre 0,7 % a 29,6%^{8,9}. No Brasil essa variação está relatada entre 24,4 % e 35,6 %². A incidência da obstipação intestinal na população infantil representa 25% das consultas de gastroenterologia pediátrica^{10,11}, enquanto que Kilincaslan et al.⁸ indicam uma variação de 3-5% das consultas pediátricas ambulatoriais. Com base nos critérios, Roma III, Chang et al.¹², em estudo prospectivo, encontraram uma prevalência de 1,8% a 13,9% nas clínicas de gastroenterologia pediátricas de hospitais terciários e secundários. Segundo os referidos autores, esse cálculo é similar à prevalência em outros países¹².

Um estudo de relevância com revisão sistemática encontrou taxas de prevalência da constipação intestinal na Europa e na Oceania, que se estendem entre 0,7% a 81%. A maioria dos casos é de ordem funcional e alguns fatores de risco são apontados: os hábitos alimentares, a inatividade física, o nível socioeconômico, parâmetros psicológicos, uso de medicações, idade e gênero. A alta prevalência, o alto custo econômico, assim como os prejuízos causados na saúde e na qualidade de vida em geral, propõe admitir-se que a constipação é uma questão de ordem de saúde pública¹³. A prevalência de problemas comportamentais em crianças com constipação intestinal funcional e características clínicas associadas tem sido pouco investigada, apesar dos problemas comportamentais serem comuns nesses pacientes¹⁴.

Encontraram-se aproximadamente 598 artigos na área de saúde em geral, sobre o tema estudado. Contudo, apenas **cinco artigos** psicanalíticos acerca da constipação intestinal funcional foram encontrados, sendo que **quatro** referentes a crianças e adolescentes: 1- **Etude d'un cas de constipation; recherche de ses facteurs psychodynamiques (Bayet, 1955)**¹⁵; 2- **Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie – “The treatment of the chronic constipation of an infant” (Luntzelstr, 1975)**; 3- **Complaints of Constipation in obsessive-compulsive disorder (North et al., 1995)**; 4- **Psychoanalysis of a constipated girl: clinical observations during the fourth and fifth years (Glenn, 1977)**; 5- **Características Psicológicas em 15 Niños com Estreñimento Crónico Funcional del Hospital Universitario Del Valle de Cali, Colombia (Jiménez-Urrego; Velasco-Benítez, 2011)**¹⁶. *Os artigos de números 2, 3 e 4 não se encontravam disponíveis para leitura.*

Sobre a encoprese*, um sintoma que pode estar relacionado à constipação intestinal funcional, existe um artigo de revisão que investigou, nas bases *Lilacs* e *SciELO*, artigos publicados entre 1994 e 2013: *Encoprese e intervenção psicológica: Revisão de Literatura*¹⁷. Os autores encontraram **231** artigos e selecionaram **cinco** que relatavam intervenção. Três eram do mesmo autor e publicados em uma única revista. Apenas **um** de abordagem psicanalítica. Esses achados indicam a escassez de publicações na área e número restrito de pesquisadores que investigam e realizam pesquisas com intervenção sobre o referido tema.

Todavia, a revisão acima citada não acusou a publicação de um artigo intitulado **Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese**¹⁸. O estudo articula o sintoma da encoprese em crianças, entre seis e nove anos de idade, com os discursos dos pais. Aborda também o tratamento dessas crianças, desde um enfoque psicanalítico, encaminhadas pelo setor de pediatria, ao ambulatório de psicologia infantil.

Um dos aspectos relevantes em estudar o tema apresentado está em formalizar os achados da experiência clínica psicanalítica em estudo científico que resultará na divulgação dos resultados para o público científico e leigo. As pesquisas clínicas precisam ser sistematizadas no saber acadêmico multidisciplinar. Freud¹⁹ já previa os ganhos para a universidade com a inclusão do ensino da psicanálise no seu currículo possibilitando que o aluno *aprenda algo sobre Psicanálise e a partir da Psicanálise*.

Pinto²⁰ discutiu o método qualitativo de pesquisa científica em psicologia clínica e a pesquisa em psicanálise, considerando a ciência como uma “construção da subjetividade humana”, incluindo suas singularidades. Num processo dinâmico de investigação, dentro de um sistema teórico específico, a “pesquisa-ação” tem um caráter intervencionista. À medida que a “ação” vai sendo construída, investigada e interpretada, ocorre uma modificação dinâmica do próprio processo de pesquisa, legitimando o conhecimento por construção²⁰ - incluindo as transformações no próprio sujeito da pesquisa.

Para que uma pesquisa seja qualitativa, esta deve apresentar: a pergunta ou o objetivo da investigação, uma base teórica ou epistemológica específica e, por fim, a estratégia para coletar e analisar os dados. Dessa forma, considera-se o método qualitativo como sendo indutivo, cujas hipóteses e teorias emergem a partir da coleta de dados. Ao

* A encoprese é definida pela APA (Associação de Psiquiatria Americana), 2012, como defecações e/ou evacuações realizadas em lugares não destinados para a prática de evacuação, de forma voluntária ou não, em crianças entre quatro anos ou mais. A encoprese não pode estar associada a fatores fisiológicos e deve ser apresentada no mínimo uma vez por mês, durante pelo menos três meses¹⁷.

conhecer pouco um determinado fenômeno, o pesquisador pode descrevê-lo, estabelecer relações, criar padrões a partir da perspectiva do sujeito investigado e, daí, construir hipóteses e teorias. O investigador passa por três fases durante a investigação qualitativa: exploração, decisão e descoberta. Na primeira fase, trata-se de selecionar e definir o problema, escolher o local da pesquisa e fazer os contatos para entrar em campo. Já na segunda, o pesquisador fará a *busca sistemática* dos dados cruciais para a interpretação do fenômeno a ser estudado. Esta é uma fase dinâmica porque os dados podem mudar à medida que a investigação caminha, uma vez que as informações e as teorias que surgem dão a direção da coleta dos novos dados. Por fim, na terceira fase, explora-se a realidade, ou seja, procura-se encontrar os princípios latentes ao fenômeno em questão e situar as diversas descobertas num contexto mais rico e extenso. É importante notar que o pesquisador precisa estar a todo instante questionando a si mesmo e aos dados que encontra, pois ele não estará livre dos pretextos e da concepção de mundo que lhes são particulares. Nesse processo de questionar constantemente, constrói-se o conhecimento sobre o fenômeno pesquisado²¹.

Em relação ao par teoria e método, Pinto²⁰ reiterou que “[...] toda a pesquisa científica implica em uma teoria como base e um método como procedimento”. A teoria pode ser uma “forma de produção do pensamento humano”, que constrói um quadro de conceito, e objetiva explicar o fenômeno estudado, enquanto que o método (pressuposto básico da ciência) “é uma lógica que supõe uma determinada concepção da realidade, de acordo com o modelo teórico”, e consiste em integrar ideias e técnicas que definem como o pesquisador abordará o objeto de investigação²⁰. Esses dois pilares da pesquisa científica (a teoria e o método) possibilitarão a investigação dos problemas referentes ao foco de estudo²⁰.

A psicologia, ciência de extensa complexidade, é influenciada pelos fatores histórico-culturais que também intervêm na visão do pesquisador e na construção da pesquisa²⁰, por isso, o investigador não pode estar completamente imparcial na pesquisa clínica. No caso da clínica psicanalítica, por exemplo, o psicanalista *empresta seu inconsciente*, em atenção flutuante, para escutar os conteúdos latentes na fala do paciente.

Portanto, há influências diretas e indiretas, conscientes e inconscientes do pesquisador na própria ciência que produz, tendo em vista que a sua produção sofre interferências de sua história e de seu funcionamento psicológico. Assim, considera-se que a pesquisa qualitativa em psicologia clínica realiza uma ciência de viabilidade, pois não pretende uma verificação direta dos resultados e conclusões, mas visa explicar,

apontar para um sentido da realidade, do fenômeno ou do processo estudado²⁰.

Assim, o pesquisador torna-se um construtor de informações. Os instrumentos (testes, entrevistas, questionários, etc.) e o processo (psicoterapia, psicanálise...) são formas de estabelecer a interação que permite ao pesquisador estar em posições distintas ao mesmo tempo: cientista, analista, sujeito e observador. É na própria investigação que o pesquisador encontrará os indicadores que legalizam as categorias* do fenômeno estudado. Isto é construído a cada caso²⁰.

Nos últimos anos, pesquisas qualitativas com referência em psicanálise têm crescido²⁰. Não apenas estudo de obra de psicanalistas ou outros autores, projetos de psicanálise aplicada à clínica, estudos de casos, estudo de processos psicoterapêuticos, bem como em pesquisa psicanalítica propriamente dita. Esse interesse crescente resultou na criação de uma linha de pesquisa específica em psicanálise, na área de concentração “Psicologia Clínica da Pós-Graduação do IPUSP” (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). A psicanálise propõe um modelo específico de pesquisa²⁰, sendo assim, Freud¹⁹ defendeu que a psicanálise é um método de pesquisa e de tratamento²⁰.

Pinto²⁰ fez referência a Luiz Carlos Nogueira, Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, que se interessou pela formalização da psicanálise, considerando como a linguagem é tratada nesse campo: cadeias significantes (redes de palavras) que indicam o sujeito do inconsciente no processo de uma relação discursiva. Tomou por base a obra de Jacques Lacan e suas articulações com a lógica simbólica²⁰.

Nogueira²², na sua Tese de Livre-Docência, escrita em 1997, defendeu a ideia de que a psicanálise é uma pesquisa: “[...] a Psicanálise é uma experiência original e que, a partir de Lacan, podemos formalizar, com bastante segurança, a novidade dessa ciência”. Citou, dentre outros, os cinco casos clínicos apresentados por Freud como exemplos da transmissão da pesquisa psicanalítica, além do artigo de Lacan, *A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder*²³ no qual disserta sobre a direção da análise com “indicações da própria pesquisa”²². Nogueira afirmou ainda que “a Psicanálise – diferentemente do que se fazia até então – é uma relação entre falantes. Ou seja, é uma ciência humana, porque só o ser humano é um ser falante”²².

* A construção da categorização da atual pesquisa partiu do cruzamento de duas fontes: dos significantes que emergiram nas falas dos pacientes (crianças, adolescentes e seus pais) e da teoria psicanalítica.

Nogueira²² esclareceu que Freud²⁴ explicitou três aspectos da psicanálise: como tratamento, pesquisa e como uma teoria psicológica, porque esses aspectos estão sempre imbricados e não se pode pensar em pesquisa psicanalítica separada da relação inconsciente analítica (paciente-analista), que se chama transferência. Escrever sobre a experiência de uma psicanálise é uma maneira de se aproximar da realidade do inconsciente. Essa realidade se manifesta como “efeito da relação de linguagem”, mas não se pode investigar o inconsciente como objeto da realidade, pode-se, sim, investigar os seus fenômenos e os seus efeitos que são os “fenômenos da linguagem”: atos falhos, sonhos, esquecimentos, sintomas orgânicos (inicialmente os histéricos)²².

Freud, a partir dos *Estudos sobre a Histeria*⁷, estudou a linguagem dos seus pacientes na relação transferencial com ele e, dessa forma, construiu sua teoria a partir da experiência. E isto não é uma maneira de reproduzir o que aconteceu entre o paciente e Freud, mas sim uma “construção” a partir de recortes das facetas mais importantes dessa relação, “exatamente o que caracteriza a Psicanálise é a investigação da subjetividade”²².

A ideia do tema desse projeto de pesquisa nasce a partir de 20 anos de experiência na clínica psicanalítica com crianças que trazem a queixa de constipação intestinal funcional refratária ao tratamento médico tradicional. Na maioria das vezes, já passaram por diversas intervenções medicamentosas, manipulações e procedimentos, chegando ao ponto de necessitarem de internamento hospitalar. No entanto, quando se lança mão de um tratamento combinado, após seis meses de atendimento psicanalítico (uma média de 48 sessões) e médico, incluso, as crianças começam, aos poucos, a ir ao banheiro durante o processo de análise. Segue-se entrevistando os pais e as crianças, que falam, então, das questões envolvidas em sua relação com as fezes, emergindo significações veladas pelo sintoma da constipação.

Bayet¹⁵, por exemplo, escreveu sobre o caso clínico de uma jovem que apresentava constipação intestinal funcional grave desde os primeiros meses de vida. Ela chegou ao seu consultório para tratamento psicanalítico, encaminhada pelo seu gastroenterologista, aos 20 anos de idade. Jacqueline, nome fictício dado pelo autor, já havia sido submetida a diversos tratamentos médicos, hospitalizações e cirurgias, sem resultados. No estudo, encontraram-se traços como: agressividade, abandono físico e psíquico. Quando Jacqueline nasceu, prematura, a mãe não pôde cuidar da filha recém-nascida, porque estava adoecida e muito cansada. A menina foi criada pela madrinha e depois pela avó paterna que batia na criança e lhe tirava os brinquedos por motivos pequenos. A mãe era doce e compreensiva com seus filhos, porém frágil em relação ao marido. O pai, alcoólatra, era autoritário e

agressivo com a filha, que era punida constantemente. A jovem, em tratamento psicanalítico, falava que sofria da falta de afeto por parte dos seus pais¹⁵.

Bayet¹⁵, ao fazer o estudo do caso, abordou sobre as manifestações psicodinâmicas transferenciais, que são mais características da constipação intestinal funcional, e demonstrou os principais mecanismos desse sintoma. No discurso da paciente e na transferência com o analista, emergiram as seguintes manifestações psíquicas: desejo de não se separar da mãe, relação hostil e sadomasoquista com o pai (e conseqüentemente com os outros homens), sentimentos de culpa, fantasia suicida e sentimentos de agressividade com os irmãos. Um recorte da fala da paciente ilustra bem tais manifestações: “Eu não quero mais viver, você nunca chegará a me curar. Isto deve ter começado quando eu era pequena; se eu era punida injustamente ou se me separavam de mamãe, eu não desejava mais viver; eu pensava em me matar: agora, eu me libertei disso completamente”; “Os homens me fazem sofrer, por isso eu me defendo”¹⁵. Expressar o seu mal-estar, sob transferência, significava tanto um desejo de aproximar-se do analista, ainda que de uma forma agressiva, quanto o início de uma relação de confiança. A transferência permite *ao vivo* a reaproximação com complexos recalçados e acesso ao simbólico, pois os conteúdos inconscientes do paciente se atualizam na relação com o médico e com o analista.

Lacan, em 1964²⁵, abordou sobre o lugar da Psicanálise na Medicina, debatendo a possibilidade de o médico inserir no seu trabalho o fenômeno da transferência. O médico ocupa um lugar de saber e no discurso tradicional, a partir de uma clínica do olhar, embora também de uma clínica da escuta, o desaparecimento do sintoma denotaria o fim do tratamento. Sabe-se que a medicina na maioria das vezes trabalha com o corpo e o seu conceito de cura significa extirpar o sintoma. Termina que algo fica de fora do conhecimento sobre o somático: o sujeito do inconsciente, a sua relação com o prazer na dor, além de ganhos secundários que o paciente tem com a doença. Aqui a Psicanálise traz um acréscimo, pois, quando os conteúdos latentes inconscientes começam a emergir na fala do paciente, é o momento em que se abre uma possibilidade de iniciar um processo de análise e de cura mais ampla. O conceito de cura para a Psicanálise transcende intervenções no real do corpo como cirurgias e prescrição de medicamentos. A cura, então, torna-se um processo dinâmico de elaboração dos sintomas, das suas causas e das posições do sujeito, que emergem. A cura representa o processo dinâmico de transformação que visa o bem-dizer e o bem-estar. Sobre a cura, Lacan fala em Televisão: “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou de seu pensamento”²⁶.

Como reitera Luciana Silva²⁷, “O avanço incessante da medicina jamais irá alterar a natureza humana do ato médico, que representa uma combinação de ciência e arte”. A autora enfatiza a importância da presença de elementos como uma “escuta atenta” e “sensibilidade”, diz ser “indispensável” a “necessidade de uma mudança e ampliação na relação e na interlocução do médico com seu paciente e os familiares”, “baseadas na ética”, “reflexões sobre a psicologia do desenvolvimento”, “patologias psicológicas e psiquiátricas”, além do respeito pela “individualidade de cada criança”²⁷. Dessa forma, ampliar a percepção das doenças do corpo e da mente, o enfrentamento a ambas, a intersecção entre elas, assim como sua carga de herança genética, seu comportamento psicológico e a influência do meio, sugere cada vez mais a necessidade de observar o paciente em seus diversos aspectos, salientando-se a escuta e a análise do que traz o indivíduo como uma das vertentes mais importantes do tratamento de muitas enfermidades, mesmo entre aqueles de tenra idade.

Lacan²⁵ e Freud¹⁹ impulsionam a ideia da inserção da Psicanálise na formação Médica e acadêmica quando enxergam a possibilidade do médico ir além das demandas da ciência positivista e capitalista, através do entendimento do significado dos fatores mentais nas diversas funções vitais, sintomas e seu tratamento.

Há de se considerar que os campos médico e psicanalítico se comunicam em diversas temáticas como, por exemplo, os desenvolvimentos da psicossomática, os avanços contemporâneos da transmissão psíquica da vida e o da imunologia, ilustram a influência direta ou indireta da Psicanálise nas ciências biomédicas. Ferenczi²⁸ discutiu a “ideia de que o médico tem chances de se tornar um médico bem melhor quando tira proveito da confiança transferencial e quando compreende o que se passa com ele mesmo em sua prática clínica”; em especial, quando o médico atende pacientes cujas manifestações do psíquico passam por sintomatologias orgânicas. Essa foi a fonte, em sua maior parte, que gerou a teoria da psicossomática²⁸.

Michael Balint deu continuidade ao pensamento de Ferenczi, sobre o que ocorre com o médico em sua prática médica – denominado, àquela época, de *contratransferência* –, e deu grandes contribuições para transformar esta prática, como também para ampliar o campo de interpretação das patologias psíquicas de origem precoce através da decifração das sintomatologias somáticas. A influência de Balint é *incontestável*, fundamentalmente no que se refere à criação dos grupos Balint, no final dos anos 1940. Nesses grupos, os médicos se reuniam com o objetivo de uma supervisão clínica que buscava compreender e repensar a relação médico-paciente, não percebidos pelo relator do caso clínico. O líder do

grupo sinalizava repetições, determinados comportamentos automáticos do médico com o seu paciente, que ele não se dava conta, ou seja, atos inconscientes. Dessa maneira, os médicos trabalhavam as dificuldades encontradas na evolução do caso apresentado. Sob essa ótica, os grupos Balint teriam uma *função terapêutica* e ofereceriam uma possibilidade de mudança subjetiva do médico na relação com o seu paciente²⁹.

O objetivo de Balint, apoiado em Ferenczi, Abraham e Klein³⁰, era sensibilizar os médicos em relação à pessoa enferma, e considerarem seus próprios movimentos pessoais. Atualmente existe uma “vasta literatura a respeito, uma Federação Internacional de Grupos Balint, e uma nova designação terapêutica e educacional”³¹.

Para Balint, o diagnóstico aprofundado e o processo de cura são possíveis a partir de uma relação de confiança duradoura entre o médico e seu paciente. Diz ainda que o médico deveria considerar a ideia de que toda doença é uma forma do paciente pedir amor e atenção. Por isso, Balint defende que a consulta médica deve ser pautada na escuta e que, talvez, não seja necessário erradicar todos os sintomas do paciente, mas sim ensiná-lo a conviver com a doença ou tratar as condições que a causaram²⁹.

Quando o sintoma não é de origem orgânica, torna-se imprescindível que os médicos leiam as conversões somáticas e a subjetividade da relação do paciente com o seu sintoma²⁹.

Destacam-se facilmente, ao longo da obra de Freud, os termos provindos do registro da Medicina. Freud fala com frequência, do “médico”, ao designar o analista ou o psicoterapeuta, assim como das noções de “tratamento” e “cura”, de “doença”, “afecção” e “distúrbio”, dentre outros, termos que têm origem na medicina e, mais genericamente, na prática terapêutica³². Ainda que a Psicanálise ocupe um lugar de autonomia em sua prática e mesmo que a Medicina seja, atualmente, fortemente marcada pelo “papel tecnológico”, “exames especializados”, a Psicanálise há que reconhecer que “o ideal da atenção médica e dos cuidados terapêuticos continua a compor o projeto da prática psicanalítica”³².

Eksterman³¹ considera indispensável o entendimento entre a Psicanálise e a Medicina, para o crescimento da prática de ambas. Sigmund Freud, médico docente de Medicina da Universidade de Viena,

[...] fundou suas hipóteses sobre o tratamento das neuroses em sólidas bases hipocráticas, descreveu minuciosamente quadros clínicos, construiu a fisiopatologia explicativa desses quadros, estabeleceu hipóteses etiológicas bem fundamentadas em achados clínicos e desenvolveu um método terapêutico considerado eficaz³¹.

A questão aqui, então, não é criar uma ciência à parte; a questão maior aqui é a questão terapêutica, do sentido hipocrático de *therapeia*, que significa cuidar. Cuidar do ser humano que sofre, valorizar o doente acima da doença³¹.

É preciso que a vida se organize para viver bem, e a mente é o instrumento que conduz, por excelência, esse processo, além dos recursos herdados pelo patrimônio genético. Quando algo se desorganiza, as pessoas tornam-se pouco hábeis para enfrentar os desafios da vida, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais, muitas vezes, uma composição deles todos. Eles submetem o organismo a estresse gerador de crises homeostáticas, vulnerabilidades biológicas, desorganizações estruturais, defesas psicológicas patogênicas e comportamentos sociais inadequados³¹.

[...] há que se considerar que os conceitos psicanalíticos hoje consagrados foram incorporados à boa prática psiquiátrica; que o modelo psicodinâmico continua a enriquecer a compreensão sobre o paciente e a prática psiquiátrica, de modo constante e progressivo; que o diálogo entre as duas disciplinas tem que ser estimulado, para que o desenvolvimento recíproco seja convergente³³.

Se a Medicina levar em conta os aspectos inconscientes, permitirá que o paciente compreenda o que se passa com ele, saiba sobre o seu corpo e se implique no seu processo de cura. Deste ponto surgiriam elementos para uma Medicina preventiva atual. Victor Von Weizsaecker, em 1956, médico neurologista, estimulou uma reflexão que promoveu a união entre os aspectos subjetivos e as doenças dos sujeitos. Ele defendeu a ideia de que a história de cada sujeito seria a base de todas as patologias orgânicas. Estas reflexões foram a base para o nascimento, mais tarde, da medicina psicossomática (Weizsaecker apud Lindenmeyer³⁰).

Freud, desde os *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895)⁷, elaborou sua percepção do aparelho psíquico partindo de manifestações corporais. Isto quer dizer que “desde o nascer da psicanálise o corpo participava da sua elaboração”³⁰. O que interessava a Freud era “como o corpo participa dos processos inconscientes presentes na formação do sintoma”³⁰. Essa dinâmica, para Freud, significava a imbricação do psiquismo nas situações de manifestações corporais³⁰. Groddeck³⁴, médico a quem Freud deve a expressão *Id* ou *Isso*, que significa inconsciente, escreveu que “o homem é vivido por algo desconhecido”. Groddeck³⁴ defendeu a existência de inconsciente, definindo-o como “uma espécie de fenômeno que comanda tudo” o que o homem faz e “tudo o que lhe acontece”. E acrescenta de maneira surpreendente: “O ser humano é vivido pelo Isso”³⁴.

Em se tratando da área pediátrica, cuja principal característica é a mudança representada pelo constante crescimento e desenvolvimento, há ainda que enfatizar que estão em interlocução não só o paciente e o psicanalista ou o médico, mas também os pais, com todas as suas bagagens de sentimentos, comportamentos, perdas e ganhos, significados que lhes foram oferecidos e trabalhados ou não, durante a vida, especialmente os papéis de mãe e pai, muitas vezes ainda não completamente compreendidos². Winnicott³⁵, no campo da pediatria, seguiu o sentido do movimento de Balint, no qual a Psicanálise deve e pode beneficiar-se da Medicina. Para Winnicott³⁵, a consulta terapêutica com o bebê ou com a criança forneceria um material de observação imprescindível para a Psicanálise, acarretando uma reavaliação da prática psicoterápica com pacientes em *estados fronteiros*, com *patologias do narcisismo*, *carências profundas*, dentre outras³⁵. Esse laço entre a Psicanálise e a Medicina também conduz à compreensão mais clara de alguns fenômenos psicobiológicos ininterpretáveis do ponto de vista exclusivo da Medicina³⁵.

Em uma entrevista realizada por Roudinesco, sobre a clínica psicanalítica de Dolto³⁶, com crianças, esta se posicionou neste sentido, considerando a necessidade de os médicos compreenderem os problemas psíquicos da infância, porque eles podem expressar-se através de distúrbios psicossomáticos muitas vezes importantes.

Lacan³⁷, por exemplo, chama atenção para quando o sintoma na criança pode estar relacionado à subjetividade da mãe ou do casal parental. Tanto a criança quanto a mãe apresentam um conflito: o desejo e o medo de mudarem suas posições subjetivas. Podem aparecer resistências frente às perdas simbólicas, por exemplo, a resistência da mãe em abrir espaço para o pai como proibidor da relação simbiótica entre a mãe e a criança. A criança, por sua vez, pode permanecer paralisada fixando-se na pulsão anal; uma das expressões dessa fixação* é o sintoma da constipação intestinal funcional. Na adolescência, os conflitos infantis retornam com mais força devido às transformações próprias daquela fase. A maioria dos pais desconhece estes processos e sofre com estas mudanças.

Outro estudo que indicou a relevância do tema proposto nesse projeto de pesquisa, assim como a importância da conexão entre a Psicanálise e a Medicina no tratamento da

* **Fixação:** Na teoria freudiana do inconsciente, o conceito de fixação designa os modos de satisfação infantis e pré-edípicos aos quais o sujeito regride e se mantém fixado. Freud³⁸, na Carta 52, explica que uma nova etapa ameaça causar desprazer e daí há uma tendência da criança recuar à fase que lhe é familiar³⁸. Esse recuo impede que o processo de rearranjo psíquico ocorra e, por isso, a falha no mecanismo do recalque³⁸. Daí o sintoma ser considerado, psicanaliticamente falando, o retorno do recalque; porque ocorre uma falha nesse ponto³⁸. A fixação, ligada à teoria da libido, define-se pela persistência do indivíduo de buscar formas de satisfação ligadas às etapas pré-edípicas (oral (sucção), anal (retenção-expulsão) e fálica (masturbação)) – etapas anteriores ao complexo de castração que instaura a lei para a criança e para a mãe⁵. Nesse sentido, Freud³⁹ afirma que a pulsão sexual infantil é perversa-polimorfa.

constipação intestinal funcional, foi Motta et al.³. Os autores investigaram o que os Residentes de Pediatria sabiam sobre a constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes, com ênfase nos aspectos psíquicos. Os participantes dessa pesquisa relataram que o tratamento médico resolve o sintoma entre seis meses e dois anos, mas não sabem por que e quanto tempo aguardar o encaminhamento para a equipe multidisciplinar, talvez por não terem recebido esta informação no curso de graduação ou não terem sido expostos às equipes multidisciplinares em seus hospitais de treinamento. Será preciso atingir um grau maior de sofrimento para se pensar em um tratamento multidisciplinar? Apesar de 61,9% terem admitido que o controle excessivo da mãe sobre o filho poderia estar presente nos casos de constipação intestinal funcional, nas respostas relativas à terapêutica, por exemplo, apenas 30,9% dos Residentes atentaram para a psicoterapia, além de possuírem uma ideia vaga sobre esse tratamento, o qual indicaria unicamente em casos graves ou como tratamento de suporte³.

A necessidade de informações relevantes e mais profundas é reconhecida pelos Residentes. Ainda assim, apenas 23,8% destes Residentes consideraram a possibilidade de insucesso apenas com o tratamento médico exclusivo. Leão, citado por Motta et al.³, constatou que muito pouco se tem realizado no que diz respeito à prevenção e ao diagnóstico precoce desta condição.

O desenvolvimento de programas que desenvolvam educação continuada e uma ênfase maior sobre a constipação intestinal funcional, tanto na graduação quanto na Residência Médica, é fundamental desde quando esse sintoma envolve uma diversidade de questões interdisciplinares. O primeiro atendimento à criança e ao adolescente é realizado pelo pediatra e, para que se garanta um diagnóstico preciso e o cumprimento da terapêutica prescrita, ele necessita construir uma relação de confiança/empatia com a família e com a criança ou adolescente. Conhecer a relação entre os aspectos psíquicos e a constipação intestinal funcional, percebendo que cada caso é singular, poderá contribuir para um entendimento melhor dos pediatras e Residentes de pediatria sobre esta situação comum representada pela constipação. Sinais de alerta importantes para o encaminhamento psicoterápico, que o pediatra deveria investigar em crianças com constipação intestinal funcional, como, por exemplo, a encoprese e o abuso físico ou mental, são indicadores da importância da multidisciplinaridade nos casos da constipação intestinal funcional. Para que o abuso físico ou mental seja abordado, por exemplo, é preciso primeiro fortalecer o laço de confiança entre o pediatra e o paciente³.

Quando a avaliação médica descarta causas orgânicas, quais os significados do sintoma? Como entram as questões psíquicas nesse processo? Que reflexos importantes advêm quando a retenção anal não é trabalhada psiquicamente? Esse traço anal levaria a quais possíveis consequências? Doenças orgânicas? Adoecimento psíquico como controle e poder desmedidos? Neurose obsessiva grave? Masoquismo?

Os atendimentos clínicos e resultados preliminares do *Projeto Piloto** (Apêndice E), realizados nos anos de 2010 e 2011 no setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do (CPPHO-HUPES) da UFBA, deram impulso para aprofundar e ampliar os métodos da atual pesquisa com novos pacientes⁴.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de corte transversal com amostra de conveniência composta de 9 crianças e 1 adolescente entre 2 e 15 anos de idade, encaminhadas pelo ambulatório médico, com diagnóstico de constipação intestinal funcional crônica. As entrevistas foram utilizadas para fins de diagnóstico e tratamento analítico do paciente. No caso das entrevistas preliminares, estas objetivaram acolher a queixa da criança e sua família, avaliar as questões psíquicas – particulares de cada um – e como estas apareciam na resistência e transferência dirigidas à analista. A partir dessa etapa inicial, a analista ajudou o paciente e a família a se implicarem nos processos de construção do sintoma e de cura. A direção de cada tratamento pôde, então, ser estabelecida. Através da análise de *estudos de casos*, a analista explorou com profundidade as questões psicoafetivas envolvidas no sintoma a ser investigado. Foram utilizados instrumentos como desenhos, pinturas, argila, bonecos de argila e jogos (criados pelas próprias crianças), a fim de facilitar a fala e expressão da criança. As interpretações da analista partiam da escuta da fala da criança, do relato dos pais e conexões entre esses discursos. Os desenhos, as pinturas e as criações com argila foram registrados em fotos para serem também analisados posteriormente. Além das entrevistas preliminares e respectivos registros baseados na técnica de investigação psicanalítica – direcionadas às crianças, aos adolescentes e aos pais ou responsáveis – utilizou-se um questionário semiaberto. Através deste questionário foi realizada uma anamnese dos casos (Apêndice F)⁴.

Algumas características psicológicas detectadas no estudo descritivo observacional de corte transversal, realizado por Jiménez-Urrego e Velasco-Benítez¹⁶, corroboraram com alguns dos resultados do *Projeto Piloto* (Apêndice E). Os pesquisadores aplicaram, nas

* Conferir página 14.

famílias, entrevista semiestruturada. Quinze crianças entre 2 e 12 anos de idade, das quais 9 eram meninos, atendidos no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário Del Valle (Colombia) em 2010 apresentaram os seguintes aspectos psíquicos: em 10 mães, intercorrências físicas e psicológicas durante a gravidez (gravidez não desejada, intenção de aborto, antecedentes de abortos, tratamentos para fertilidade, ameaça de aborto, ansiedade, parto complicado); nas crianças: 4 foram manipuladas com enema ou estimulação; 3 sofreram castigos físicos durante o processo de controle dos esfíncteres; 10 foram treinadas para o controle dos esfíncteres antes dos 2 anos de idade (precoce e inadequadamente); 4 apresentaram enuresis ou terror noturno; 7 filhos de pais separados e, em 8 casos, o pai maltratava física ou psicologicamente seus filhos¹⁶.

Outra pesquisa atual tangenciou alguns resultados do *Projeto Piloto* (Apêndice E): *Clinical, Psychological and Maternal Characteristics in Early Functional Constipation*⁸. O estudo, de corte transversal, investigou as características clínicas e psicológicas de 65 crianças na idade pré-escolar (entre 1 e 3 anos), assim como as de suas mães. Esse grupo foi comparado com um grupo controle de 59 crianças, na mesma faixa etária, saudáveis, juntamente com suas respectivas mães. As crianças portadoras de constipação intestinal funcional acusaram escores mais altos relativos a problemas emocionais e comportamentais como: retração, ansiedade, depressão, queixas de somatização (cólicas e dores estomacais), agressão, emoções e humor autopunitivos (culpa, medo, pesar)⁸. Comportamentos de retração e ansiedade-depressiva podem não ser apenas consequência da constipação, mas, ao invés disso, refletem um *traço temperamental* que deve ter contribuído para o desenvolvimento da constipação, juntamente com outros fatores⁸.

As mães dessas crianças apresentaram um nível mais alto de angústia, criação superprotetora (relação simbiótica mãe-criança e pai “periférico”) e disciplina rígida. O estudo chama atenção também para que os aspectos da angústia materna e do perfil de baixo nível de educação sejam cuidadosamente avaliados e tratados. Ao lado desses fatores, o temperamento difícil da criança e problemas na interação pais-criança são considerados responsáveis pela chegada e manutenção da constipação⁸.

O início do sintoma de constipação intestinal funcional ocorre no primeiro ano de vida, mas, na maioria das vezes, a prevalência é maior nas idades de 2 e 4-5 anos. Um terço da metade dos pacientes tem problemas significativos após os cinco anos de idade, e os sintomas, em 25% dos casos, persistem na vida adulta⁸.

Em suma, buscando-se um prognóstico mais promissor para os pacientes pediátricos, pesquisas enfatizam a importância do tratamento multidisciplinar nos casos de

constipação intestinal funcional devido à sua determinação multifatorial e aspectos psíquicos latentes^{3,16,27,40,41}.

1.4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.4.1 O sintoma da constipação intestinal funcional e tratamentos sob as perspectivas da medicina e da psicanálise

O diagnóstico médico caracteriza a constipação, em geral, pelo movimento lento das fezes ao longo do intestino grosso, podendo estar relacionado a grandes quantidades de fezes secas e endurecidas no cólon descendente, acumuladas durante o tempo para absorção de líquido⁴². Sob a perspectiva da Medicina, a constipação intestinal funcional faz parte dos transtornos gastrointestinais funcionais que, atualmente, são definidos pelos critérios diagnósticos de Roma IV¹¹, elaborados por um grupo de especialistas, como uma combinação variável de sintomas recorrentes atribuíveis ao trato digestório e que não podem ser explicados por anormalidades bioquímicas ou orgânicas. Para o diagnóstico de constipação funcional, de acordo com o Roma IV, em crianças menores de quatro anos de idade, há necessidade de que a criança apresente pelo menos dois dos seguintes critérios, presentes durante pelo menos um mês: duas ou menos defecações por semana; história de retenção excessiva de fezes; história de movimentos intestinais dolorosos ou difíceis; história de fezes de grande diâmetro; presença de uma grande massa fecal no reto. Em crianças já treinadas para o uso do vaso sanitário, podem ser utilizados os seguintes critérios adicionais: pelo menos um episódio por semana de incontinência após a aquisição de habilidades de higiene pessoal; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário⁵.

Na revisão sistemática realizada por van den Berg, Benninga e Di Lorenzo⁹, os pesquisadores acrescentam a definição dada pela *North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN)*¹⁰ que define a constipação como um adiamento ou uma dificuldade na defecação, presente por duas ou mais semanas e suficiente para causar angústia ao paciente. Este quadro pode agravar-se quando se acrescenta a diminuição gradual do apetite, o sofrimento progressivo para evacuar e os transtornos psicológicos associados, fatores que perpetuam a constipação^{43,44}. Quase um terço das crianças diagnosticadas com constipação têm recaídas ou quadros crônicos, e algumas podem desenvolver a síndrome do intestino irritável⁴⁵. A retenção das fezes também está relacionada com a dor causada pela evacuação^{2,11,46}.

O procedimento e tratamento médicos mais comuns, respectivamente, consistem em: exame retal digital, desimpactação retal, uso de laxativos osmóticos como lactulose e

polietilenoglicol (PEG) e recomendação de maior ingestão de frutas e vegetais. A duração do tratamento gira em torno de dois a três meses (40% das respostas dos médicos participantes da pesquisa), quatro a seis meses (27%) e sete a doze meses (33%)¹².

A constipação intestinal funcional tem determinação multifatorial incluindo fatores relacionados com a dieta, hábitos alimentares, distúrbios de comportamento, elementos ligados ao eixo neurológico e às alterações de motilidade no aparelho digestivo, além de fatores psicológicos e emocionais^{9,27,41,47}.

Pacientes com distúrbios gastrointestinais funcionais, inclusive constipação, declaram mais histórico de abuso sexual quando comparados com aqueles com distúrbios gastrointestinais de etiologia orgânica segundo alguns autores^{48,49}. O sofrimento psicológico pode, por exemplo, através dos sistemas nervoso central e entérico ou vias autônomas, produzir motilidade intestinal exagerada e desconforto abdominal^{48,49}. A constipação pode representar um dos efeitos da hiperatividade do sistema simpático, e este centro, juntamente com o parassimpático do hipotálamo e da porção inferior do tronco cerebral, são controlados por padrões emocionais⁴². Vários autores enfatizam⁵⁰ que os sintomas gastrointestinais presentes nos distúrbios funcionais – a alteração na percepção visceral e a dismotilidade intestinal – são decorrentes de mudanças no eixo cérebro-intestino, através do eixo Hipotálamo-Pituitária-Suprarrenal (HPS) que, por sua vez, responde ao estresse físico e psicossocial, podendo causar disfunções dos mecanismos de controle do intestino, tanto no nível do Sistema Nervoso Entérico (SNE), quanto no nível do Sistema Nervoso Central (SNC).

Aspectos como história de constipação familiar, instabilidade no relacionamento entre os pais, fatores genéticos, dieta, fatores psicológicos e psiquiátricos, hábitos sociais, crenças culturais e sociais, relacionamento entre os pais e as crianças, eventos estressantes na família, atividades diárias, e treinamento dos hábitos de evacuação encontram-se comumente associados à constipação intestinal funcional^{9,40,41,47}. Algumas crianças portadoras de constipação também apresentam o treinamento precoce de evacuação e medo de sentarem-se no vaso, pois associam a evacuação a uma experiência dolorosa^{2,11,27,50}.

Nos casos de crianças com enurese noturna, constipação intestinal, incontinência fecal e produção de um grande bolo fecal, encontrou-se um risco maior para apresentação de problemas comportamentais^{8,14}. A investigação dessa relação causal é necessária para abordagens terapêuticas em pacientes com constipação crônica grave, devendo ser sempre incorporada uma triagem psicológica na elaboração diagnóstica de crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional^{8,14,51}.

Sob a perspectiva da Psicanálise, a constipação intestinal funcional (ou qualquer outro sintoma no corpo que não se identifique causas orgânicas) é definida como um sintoma, ou seja, um substituto – que sinaliza a necessidade de tradução – dos conteúdos inconscientes latentes, sobre determinados e particulares de cada indivíduo^{5,39}. Em geral, a acumulação da massa fecal está a cargo de um ato de masturbação, por ser uma via possível de obter satisfação nessa zona erógena precursora dos órgãos genitais³⁹.

Freud³⁹ afirmou que a relação da criança com as fezes vai além do treinamento ao vaso ou do mau funcionamento puramente orgânico do trato intestinal. Ele indicava que a fase anal mobiliza duas correntes, o par passividade-atividade através da retenção e da expulsão, ligadas ao valor simbólico das fezes. A retenção simboliza o controle possessivo entre mãe e filho identificados imaginariamente. Retenção remete a controle, passividade, dor e masoquismo. A agressividade dos componentes sadomasoquistas é canalizada para o eu. Os “componentes instintivos” inconscientes sadomasoquistas são característicos da pulsão anal. Quando os distúrbios intestinais aparecem em idade tenra “tornam as crianças nervosas”, além de exercerem uma “influência determinante sobre os sintomas em que a neurose se expressa e põe à disposição desta toda a gama de distúrbios intestinais”³⁹.

As violentas contrações musculares a partir da retenção das fezes provocam dor e grande prazer. As fezes são tratadas como parte do corpo representando seu primeiro presente (ou obra produzida), que passa a ter outros significados para a criança a partir de uma das suas teorias sexuais infantis – a de que o bebê se faz através do comer e nascem pelos intestinos. A criança de baixa idade constrói a equação simbólica: fezes = presente = bebê e, mais tarde, = a fala*, poder e dinheiro³⁹.

O conteúdo intestinal, que, enquanto corpo estimulador, comporta-se frente a uma área de mucosa sexualmente sensível como precursor de outro órgão destinado a entrar em ação depois da fase da infância, tem ainda para o lactante outros importantes sentidos. É obviamente tratado como parte de seu próprio corpo, representando o primeiro “presente”: ao desfazer-se dele, a criaturinha pode exprimir sua docilidade perante o meio que a cerca, e ao recusá-lo, sua obstinação. Do sentido de “presente”, esse conteúdo passa mais tarde ao de “bebê”, que, segundo

* **Falo**: “Na Antiguidade greco-latina, representação figurada do órgão sexual masculino”⁵². Na doutrina freudiana, o *falo* simboliza o pênis ou clitóris, contudo não se reduz ao órgão. O termo *falo* remete a uma das fases do desenvolvimento sexual infantil – a fase fálica – descrita por Freud³⁹ quando a criança possui a convicção de que todos os seres têm pênis. Ao deparar-se com a mãe castrada e com a intervenção paterna que a retira da posição de *falo imaginário* (*objeto* de desejo da mãe), a criança é introduzida no chamado *Complexo de Castração*. A castração, portanto, é de ordem simbólica. De ser ou não ser o falo da mãe, a criança, mais adiante, passa a ter ou não ter o falo. O *falo*, agora simbólico, é um significante que representa a falta^{32,39,52}. Em acréscimo, o conceito de *objeto*, para a psicanálise, pode tratar-se de uma pessoa ou de um *objeto* parcial (o mamilo, a voz, o fonema, o olhar, o cíbalo, o fluxo urinário...) todos representantes do *falo*⁵³.

uma das teorias sexuais infantis [...], é adquirido pela comida e nasce pelo intestino³⁹.

Groddeck³⁴ também corroborou com Freud³⁹ no que diz respeito às teorias sexuais infantis; uma delas é a coaclal em que as crianças fantasiam em torno do nascimento dos bebês, concebidos através do ato de comer e que nascem pelo ânus. Uma criança de três anos já é capaz de construir sua hipótese. Como nas galinhas, é do ânus da mulher que nascem os filhos; o pai corta as partes sexuais da mãe e as entrega à própria mulher para que ela as coma. É daí que se originam as crianças. E ainda: um “rabinho”, em forma de linguíça, que é engolido pela mãe e incorporado no seu ventre, porém nem todos os ovos engolidos provocam a gravidez³⁴.

[...] a paridade fezes-nascimento-concepção e linguíça-pênis-fortuna-dinheiro se reproduz cotidianamente e a todo momento no mundo de ideias de nosso inconsciente, nos enriquecendo ou empobrecendo, nos tornando enamorados ou sonolentos, ativos ou preguiçosos, poderosos ou impotentes [...]³⁴.

As crianças, inicialmente, não demonstram pudor em evacuar nas roupas porque sua intenção está na experimentação e no prazer; o contrário para os adultos que demandam a hora e o lugar onde a criança deve evacuar, muitas vezes associando às fezes a algo sujo e vergonhoso³⁹. A encoprese, assim como os rituais escatológicos em muitos neuróticos, encontram aí as suas raízes³⁹. Na defecação, abrir mão da voluptuosidade provocada pela retenção das fezes expressaria uma primeira tomada de posição da criança entre o narcisismo e o amor por outra pessoa^{34,39}.

Em seu artigo, *O Mal Estar na Civilização*⁵⁴, o autor discorre sobre o erotismo anal nas crianças, sua transformação em traços de caráter e sua função no processo civilizatório.

O desenvolvimento da civilização nos aparece como um processo peculiar que a humanidade experimenta e no qual diversas coisas nos impressionam como familiares. [...] alguns desses instintos [disposições instintivas] são empregados de tal maneira que, em seu lugar, aparece algo que, num indivíduo, descrevemos como um traço de caráter. O exemplo mais notável desse processo é encontrado no erotismo anal das crianças. Seu interesse original pela função excretória, por seus órgãos e produtos, transforma-se, no decurso do crescimento, num grupo de traços que nos são familiares, tais como a parcimônia, o sentido da ordem e da limpeza – qualidades que, embora valiosas e desejáveis em si mesmas, podem ser intensificadas até se tornarem acentuadamente dominantes e produzirem o que se chama de caráter anal. [...] ora, vimos que a ordem e a limpeza constituem exigências importantes de civilização, embora sua

necessidade vital não seja muito aparente, da mesma forma que revelam indesejáveis como fonte de prazer⁵⁴.

Portanto, o sintoma, abordado desde uma perspectiva psicanalítica, é concebido “do ponto de vista inconsciente” e “o sujeito é sempre responsável”¹⁸. Dentro dessa perspectiva, o sintoma não é tratado como algo externo ao indivíduo¹⁸. O sintoma está, assim, sustentado pelas fantasias inconscientes que ligam o sujeito criança ao *objeto fezes*. A criança retém e recusa-se a expulsá-lo. Cada criança vai lidar com essa renúncia, de maneira singular. As crianças portadoras de constipação intestinal funcional demonstram uma dificuldade particular no ato de separar-se das fezes¹⁸. A hora de evacuar passa a significar, para essas crianças, além de tantas outras coisas, um **jogo de cabo de guerra**; principalmente quando a mãe **exige** que o filho **faça**¹⁸.

Outros aspectos como agressividade na família, a relação possessiva entre a mãe ou o cuidador da criança, a demanda da mãe sobre a criança e a demanda desta pela inserção da função paterna, são alguns exemplos da complexidade no diagnóstico e tratamento dos aspectos psíquicos latentes na constipação intestinal funcional^{34,39,40,51,55,56*}.

Apesar de não se tratar da psicanálise Freudiana e Lacaniana, a pesquisa sobre constipação intestinal funcional, realizada por Jiménez-Urreggo e Velasco-Benítez¹⁶, demonstrou resultados interessantes no que diz respeito aos aspectos psíquicos relacionados ao fenômeno. Deu-se ênfase às dificuldades na relação mãe-criança, tomando como referência teórica os estudos sobre a psicossomática, desenvolvida pelo pós-freudiano Winnicott³⁵. A pesquisa concluiu que as crianças com constipação intestinal funcional crônica suscitaram, tanto para a família quanto para os profissionais de saúde, questões relativas à ansiedade, frustração e conflitos. Ao lado dos problemas conjugais que impediam algumas mães de exercerem seu papel, estas demonstraram: dificuldade ou temor em falar do papel materno e assumir posições de autoridade com o filho; necessidade de ser vista como uma mãe perfeita; angústia e impotência frente ao pranto da criança¹⁶.

Considerando que aspectos psicoafetivos são fatores de risco para a constipação intestinal funcional, o tratamento psicológico pode emergir como uma estratégia promissora para a terapêutica³. Dentre as abordagens psicoterapêuticas com este fim, a Psicanálise propõe o tratamento pautado no enfrentamento dos conflitos psíquicos subjacentes ao sintoma, e pode ainda auxiliar nesse processo, por meio da ressignificação das relações do sujeito consigo e com o mundo³. É fundamental o papel do Pediatra nesse

* A referência 56 trata-se da tese referida por Motta et al³ na página 26.

momento, pois este é, em geral, o primeiro profissional que atende à criança ou ao adolescente e sua família. Por isso, é preciso que o pediatra perceba que as questões orgânicas e psíquicas, muitas vezes, estão imbricadas. Dessa forma, fatos como a relação do sujeito com o prazer na dor, além de ganhos secundários que o paciente tenha com a doença, poderiam ser abordados mais adequadamente.

Ao lado disso, pesquisas alertam para a importância do trabalho multidisciplinar que inclui o gastroenterologista, o psicoterapeuta, o fisioterapeuta, o nutricionista, o psiquiatra e eventualmente o cirurgião, para melhor condução do tratamento destes pacientes^{40,41,43,44,50}. Esta abordagem reduz a necessidade de cirurgia e medicações, previne o uso abusivo de laxantes, além de possibilitar a obtenção de um bom prognóstico e atender às necessidades individuais de cada criança⁴⁴.

1.4.2 Articulações entre o desenvolvimento psíquico, o trauma e o lúdico na clínica psicanalítica com crianças

Freud³⁹ revoluciona o conceito de corpo da criança quando indica que ela possui um corpo atravessado pela pulsão* e pelo desejo, e transcende as perspectivas desenvolvimentista e psicogenética porque promove a criança ao estatuto de sujeito constituído pelo desejo inconsciente⁵⁷. O corpo, no decorrer da obra freudiana, toma variadas formas: o corpo na conversão histérica, o corpo erógeno, o corpo pulsional, o corpo do narcisismo ou o Eu corporal, declarando, assim, sua função central na elaboração do aparelho psíquico. É do corpo (fonte da libido) que emerge o movimento pulsional em direção a um *objeto***, e também é por meio dele (do corpo) que se chega a uma satisfação de prazer ou de desprazer^{30,39}. O próprio corpo pode ser também um *objeto* de investimento libidinal³⁹.

A primeira maneira sob a qual Freud³⁹ descreve a relação do sujeito com o objeto é via a busca do *objeto* perdido, “de um objeto a reencontrar”: o seio, *objeto* das satisfações iniciais da criança e do primeiro desmame⁵⁸. Essa busca marca uma “repetição impossível”

* *Pulsão*: “[...] processo dinâmico que consiste numa pressão ou força energética que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud³⁹, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional (satisfação); é no *objeto* que a pulsão busca atingir sua finalidade ou meta”⁵².

** *Objeto*: “Enquanto correlativo da pulsão, ele é aquilo em que e porque esta procura atingir a sua meta, isto é, um certo tipo de satisfação. Pode-se tratar de uma pessoa ou de um *objeto* parcial, de um *objeto* real ou de um *objeto* fantasístico. Enquanto correlativo do amor (ou do ódio), trata-se da relação da pessoa total, ou da instância do *Eu*, como um *objeto* visado também como totalidade”⁵².

uma vez que o novo *objeto* encontrado não corresponde à satisfação “passada” e “ultrapassada”⁵⁸. A repetição, portanto, é sempre impossível de se saciar e se opõe, por sua própria natureza, à reminiscência⁵⁸. É nesse registro do impossível que se encontra a perspectiva freudiana da busca do *objeto* perdido⁵⁸. Trata-se de uma relação de conflito entre o sujeito e o mundo, campo onde se descortina a relação dialética entre o princípio de prazer e o princípio de realidade⁵⁸. Nesse sentido, a relação sujeito-*objeto* não é o ponto central no desenvolvimento psíquico, e sim a falta⁵⁸.

O princípio de prazer foi analisado por Freud, sob o ponto de vista econômico do funcionamento do aparelho psíquico. Ele levantou a hipótese de que existe uma “forte tendência do aparelho mental”⁵⁹ para manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível, ou, no mínimo, mantê-la constante. O princípio de prazer, ligado ao processo primário, está sujeito, porém, a “outras forças ou circunstâncias”, pois Freud, mais adiante na sua teoria, irá além desse princípio, quando questiona a repetição de experiências dolorosas⁵⁹.

O processo primário caracteriza o sistema inconsciente, e do ponto de vista da economia e da dinâmica do aparelho psíquico, a energia psíquica escoar-se livremente passando sem barreiras de uma representação psíquica (ideia) para outra⁵². Há uma tendência à descarga direta. Enquanto que o processo secundário caracteriza o sistema pré-consciente-consciente, e a energia psíquica, inicialmente, é ligada às ideias (ou representações) de forma controlada, antes de se escoar⁵². Dessa maneira, experiências mentais põem à prova os diversos caminhos possíveis de satisfação⁵². O princípio de realidade, ligado ao processo secundário, *efetua* uma postergação da satisfação e possui tarefa crucial no amadurecimento psico-afetivo da criança e do adolescente: aprender a barrar a descarga imediata para, mais adiante, aprender a pensar e a sublimar. Entre os dois princípios, existe uma “hiância”, uma vez que a estruturação autônoma do princípio da realidade apreende aquilo que é essencialmente diferente do que é desejado⁵⁸. Ainda, no que se refere ao processo primário no inconsciente, Lacan²⁶ fala que Freud o articula como algo a ser “decifrado” (traduzido) e não “cifrado” (reduzido).

Retomando a questão do corpo, do ponto de vista psicanalítico ele é concebido a partir das fantasias produzidas pelos investimentos e destinos da pulsão, que são singulares de cada sujeito, e significados pela linguagem³⁰. A pulsão, portanto, atravessada pela linguagem, é um conceito entre o psíquico e o somático⁶⁰. Abaixo, leia-se pulsão em lugar de “instinto”:

Se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, um “instinto” nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo⁶⁰.

Logo, admite-se que a formação do sintoma é determinada pelas “propriedades físicas da língua” uma vez que a pulsão é resultante de uma “montagem gramatical”³². Consequentemente, o meio de investigação e tratamento psicanalíticos consiste na fala³².

Um psicanalista deve firmar-se na evidência de que o homem está preso na cadeia simbólica (na linguagem) mesmo antes de nascer⁶¹. A fala funda a linhagem antes que nela se borde a história⁶¹. O ser é, assim, apanhado como um todo, no jogo da linguagem do inconsciente, ou seja, ele é falado, desejado ou rejeitado, mesmo antes que as regras desse jogo lhe sejam transmitidas⁶¹. O sujeito, no só-depois, surpreende essas regras no curso da sua vida, e pode re-significá-las em um processo de análise.

O processo de humanização, assim, inicia-se quando a criança nasce para a linguagem⁶². O complexo de Édipo* pode ser definido, então, como uma estrutura que rege a passagem do biológico ao erógeno, da natureza à cultura, desde quando o bebê, a criança e o adolescente tenham como referência os adultos que exerçam as funções materna e paterna⁶². Essa passagem significa sair do corpo somático para ir além, em direção ao simbólico.

A falta é constitutiva do ser humano^{63,64}. O falo, enquanto significante que representa a falta, entra na dialética dos três tempos do complexo de Édipo: a criança passa da posição subjetiva de *ser ou não ser falo* da mãe para *tê-lo ou não o ter*. O que se quer dizer com isto?⁶³.

No primeiro tempo do complexo de Édipo, de acordo com Lacan, há uma relação imaginária, dual entre a mãe e a criança na qual esta se identifica, especularmente, com o *falo* imaginário, ou seja, como *objeto* de desejo da mãe. Nesse primeiro tempo, da demanda, a criança é o *falo* que falta à mãe; a instância paterna encontra-se velada⁶³. Note-

* **Complexo de Édipo:** “Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma *positiva*, o complexo apresenta-se como na história do Édipo Rei: desejo de morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. [...] essas duas formas encontram-se em graus diversos. [...] O complexo de Édipo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade, na orientação do desejo humano e na escolha de *objeto* amoroso. A sua estrutura triangular é, para a antropologia psicanalítica, universal, independente da cultura, e não apenas naquelas em que predomina a família conjugal”⁵².

se que “toda consumação da relação dual, à medida que dela nos aproximamos, faz surgir em primeiro plano este objeto imaginário privilegiado que se chama o *falo*”⁵⁸. A noção de relação de *objeto* torna-se impossível de entender se esse terceiro elemento (o falo) for desconsiderado⁵⁸.

No segundo tempo, o pai real, *suporte da lei e presença privadora*, é o agente da castração porque proíbe a mãe de gozar do corpo da criança e vice-versa. O pai real, mediado pela mãe, *que é quem o instaura como lei*, interdita a relação incestuosa retirando a criança do lugar de falo imaginário da mãe⁶³. A criança, nesse segundo tempo do complexo de Édipo, é capturada pelo complexo de castração^{63,64}. Sua hipótese, construída na fase fálica, de que todos os seres possuiriam o falo e seriam completos, cai por terra^{63,64}.

No terceiro tempo, no declínio do complexo de Édipo, o pai revela-se como aquele que possui o falo, e a criança, por sua vez, identificar-se-á com as insígnias do pai. Nesse momento, ela entra na dinâmica de ter ou não ter o *falo*⁶³. É no nível do pai que se forma o supereu, instância reguladora das satisfações pulsionais (desejos incestuosos e agressivos inconscientes)⁶³.

A particularidade e a história de cada ser humano, então, dependerá da existência de um outro “semelhante”, ou seja, de “um ser humano já submetido à Lei da cultura, às leis da interdição do incesto. O processo de humanização é, dessa maneira, um efeito da relação com um ‘semelhante’”, “que assegure tanto os cuidados maternos como a interdição do incesto”⁶⁵.

Assim, antes da criança nascer para a linguagem, ela encontra-se assujeitada (alienada) ao desejo inconsciente da mãe. Como o filhote do homem nasce numa condição de desamparo, depende dos cuidados de um outro para atender às suas necessidades imediatas de sobrevivência e aliviar as tensões advindas dos estímulos endógenos⁶⁶.

Nesse caso, o estímulo só é passível de ser abolido por meio de uma intervenção que suspenda provisoriamente a descarga de Q no interior do corpo; e uma intervenção dessa ordem requer a alteração no mundo externo (fornecimento de víveres, aproximação do objeto sexual), que, como *ação específica*, só pode ser promovida de determinadas maneiras. O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*⁶⁶. (Grifo nosso).

É a mãe quem inscreve códigos no corpo do bebê e dá sentido aos seus sons e às suas expressões. Ela erogeneiza o corpo do infans através dos cuidados corporais, da amamentação, dentre outros. A mãe tem como função estimular o que, antes, era apenas um *pedacinho de carne com olhos e boca* que resiste ao acúmulo de estímulos e tende a descarregar imediatamente qualquer excesso de estímulo. Nesse processo, o bebê foge do desprazer que esse excesso lhe causa, e busca o prazer⁶².

A função da mãe, por sua vez, tem a *capacidade de vencer a resistência do organismo a erogeneizar-se*⁶². São os estímulos e os códigos carregados do desejo da mãe, que começam a imprimir marcas mnêmicas constituintes do psiquismo do bebê. Essa dinâmica é possível a partir do que Lacan⁶³ chamou de *apetência do desejo da mãe*.

Contudo, a manutenção da ligação da criança à mãe é destrutiva e patológica, uma vez que pode se tornar uma ameaça para o psiquismo e até mesmo para a vida do indivíduo. Essa ligação deve ser barrada pelo princípio de realidade. Já nos primeiros meses de vida, o processo secundário começa a se esboçar, pois a mãe precisa, por vezes, ausentar-se e não pode estar em tempo integral à disposição do bebê.

Inicialmente para o bebê, este e o seio da mãe são um só, ou seja, não há separação. É por volta dos seis meses de idade, contudo, que o infans começa a se reconhecer no olhar da mãe e a partir dele, ao mesmo tempo em que se percebe distinto da mãe. Numa relação especular, inicia o reconhecimento da imagem própria e do outro. Esboça, nesse duplo alienante, a sua primeira identificação num jogo dinâmico de alienação e separação do outro e inicia-se nesse momento um primeiro esboço de *Ego*. Lacan⁶⁷ denominou essa etapa de *estádio do espelho*, como constituinte da função do Eu (o Eu corporal): experiência narcísica e jubilatória do corpo unificado. O estágio do espelho corresponde ao declínio do desmame⁶⁷.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á, pois, manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito⁶⁷.

O estágio de espelho não é apenas um fenômeno que acontece no desenvolvimento psíquico da criança; ele caracteriza o caráter de conflito (alienação e separação) da relação mãe-infans. No processo de cativação por sua imagem própria, a criança apreende a

distância existente entre suas tensões internas e a identificação com essa imagem⁶⁷. Ao mesmo tempo em que o *estádio do espelho* tem uma função alienante e imaginária, é também a matriz simbólica que servirá como base para o processo de separação, melhor dizendo, no processo das identificações secundárias da criança com o pai. Em outras palavras, do *[eu] Ideal* ou *[eu] especular (narcísico e imaginário)* para o *Ideal do [eu]* ou *[eu] social (aquele que constrói laço social)*⁶⁷.

A função do estágio do espelho estabelece uma relação específica do organismo com sua realidade. É nessa “dialética temporal”, entre a prematuridade e a antecipação da imagem, que se fabricam as fantasias de despedaçamento do corpo até uma forma de totalidade do corpo: uma identidade alienante⁶⁷.

É importante lembrar que o *Ego* possui uma parte inconsciente, visto que o *[eu]* não está centrado unicamente no sistema percepção-consciência, como organizado pelo *princípio de realidade*; no *Ego* também se manifesta o inconsciente, uma vez que aquele é constituído na relação inconsciente com o outro⁶⁸.

Assim como o estágio do espelho, a fase anal também remete a uma etapa de elaboração de separação da mãe: uma passagem do narcisismo ao amor pelo outro³⁹. No caso do sintoma da constipação intestinal funcional, a criança recua diante dessa nova fase³⁸.

Quando a criança se depara com uma nova etapa, que ameaça causar-lhe desprazer, a tendência é recuar e fixar-se na fase anterior e conhecida. Esse recuo impede que a criança realize o que Freud³⁸ denominou de “rearranjo ou retranscrição” em que cada transcrição subsequente inibe a excitação da anterior. Assim, “[...] sucessivos registros representam a realização psíquica de épocas sucessivas da vida. [...] Na fronteira entre essas épocas deve ocorrer uma tradução do material psíquico”³⁸. No caso das psiconeuroses, quando falta a tradução de uma parte do material psíquico, as leis vigentes corresponderão às leis que regeram a fase anterior. Consequentemente, uma “falha na tradução” é conhecida como o mecanismo do “recalque”³⁸.

Inicialmente Freud considerava o trauma como um acontecimento real haja vista o seu artigo, 1896, intitulado *Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*.

O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante de abuso sexual cometido por outra pessoa, e o período da vida em que ocorre esse evento fatal é a infância⁶⁹.

Mais adiante em sua obra, a partir de 1897, Freud abandonou sua primeira teoria da sedução e admitiu que o trauma corresponde à realidade psíquica (uma fantasia) do sujeito. Ao longo da sua prática, escutando as histéricas, Freud se deu conta de que se tratava de uma fantasia incestuosa, e não necessariamente de um fato real.

É importante distinguir-se “traumatismo” de “trauma”. Em Freud⁵⁹, trata-se de trauma. O traumatismo corresponde a uma ocorrência externa que atinge o sujeito, ao passo que trauma é o efeito de um acontecimento no domínio psíquico do sujeito. As experiências vividas como traumáticas produzem grandes quantidades de excitação para serem processadas pelo aparelho psíquico; por isso, a sua *força patogênica*. O trauma, portanto, está relacionado ao estado de desamparo do *organismo receptor*⁷⁰. Enfatizando-se a singularidade e o subjetivo, isso explica porque cada sujeito responde de maneiras diferentes a uma mesma situação catastrófica³². Freud⁵⁹ ressalta que um evento torna-se traumático ou não a depender da relação de forças que se estabelecerá entre o que invade o psiquismo de forma abrupta e a capacidade do aparelho psíquico suportar a situação desestabilizadora. No trauma, portanto, há um transbordamento da libido no psiquismo.

[...] um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar⁵⁹.

Uma situação vivida como traumática pela criança, hipercatexiza* determinados grupos de ideias que são insuportáveis para a criança lidar e dar palavras à mesma. A experiência, real ou da ordem da fantasia, é recalçada, e pode retornar mais adiante em forma de sintoma: o retorno do recalçado. Um exemplo disso é o sintoma da constipação intestinal funcional que, dentre outros fatores, pode velar e revelar um abuso sexual (físico ou mental) sofrido pela criança. O abuso sexual tem sido largamente reconhecido como um

* *Catexia, Investimento ou “Soma de Excitação”*: “[...] é um conceito econômico: o fato de uma determinada energia psíquica se encontrar ligada a uma ideia ou grupos de ideias, a uma parte do corpo, a um *objeto*. No *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud⁶⁶ fala de deslocamentos de excitabilidade no sistema nervoso. Há uma distinção fundamental entre as *representações (ideias)* e o *quantum de afeto*. Em *Estudos sobre a Histeria*, Freud⁷ discorre sobre o desaparecimento dos sintomas somáticos na histeria, correlativo da elucidação das experiências afetivas: a ideia é recalçada e o afeto dissociado desta é convertido para o corpo. Nesse caso, a criação do sintoma se deu por conversão de uma energia psíquica em *energia de inervação*”⁵².

fator precipitador no desenvolvimento da constipação crônica. Há hipóteses, por exemplo, de que a encoprese pode ser uma defesa contra futuros abusos sexuais via anal⁷¹. Contudo, é preciso considerar que pode se tratar de uma fantasia da criança ou do adolescente. Por isso, é fundamental investigar e, seja qual for a situação, importa cuidar da criança e do adolescente.

Um meio que as crianças buscam elaborar as experiências traumáticas que sobrecarregam seu psiquismo é o brincar – um instrumento utilizado na análise com crianças que as ajuda a falar. Freud⁵⁹ trouxe à luz um jogo, que seu neto, de um ano e meio de idade, bastante ligado à mãe, inventou com o carretel. A esse jogo, Freud deu o nome de *Fort-da*:

O que ele fazia, era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo ‘o-o-o-ó’. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (‘ali’)⁵⁹.

O som “o-o-o-ó” que a criança emitia representava a palavra em alemão *fort* que significa “ir embora”. Esse jogo de desaparecimento e aparecimento, que o menino repetia diversas vezes, o ajudou a renunciar à satisfação do corpo da mãe. Elaborou a separação da mãe, através da repetição da brincadeira que criou: uma “grande realização cultural”⁵⁹. Transformou sua experiência dolorosa, de separação necessária, em uma brincadeira na qual assumiu um papel ativo, canalizando a sua agressividade. Ao passo que antes, quando deixado pela mãe, encontrava-se numa posição passiva⁵⁹.

O lúdico, na sessão de análise da criança, ocupa uma função referencial no processo psíquico. Em outras palavras, é uma via de acesso privilegiada do trabalho de simbolização e de apropriação da experiência subjetiva. Contudo, em algumas sessões, a criança pode reduzir os jogos à mera repetição e fechar espaço para novas formas de relações, o que pode denotar resistência a falar sobre algo que a incomoda. O latente é, portanto, o que caracteriza o espaço da análise; o que está em jogo na esfera do inconsciente é *mise en jeu*, é transferido^{*72}. O jogo, resumido a ele próprio, deixa de fora a transferência. Sabe-se que

* **Tansferência:** Processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam na relação analítica. “Trata-se, nesse caso, de uma repetição de protótipos infantis vividos com um sentimento de atualidade acentuada. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades e a interpretação sob transferência que caracterizam este”⁵².

o analista apenas consegue interpretar na transferência. E só nesse espaço transferencial pode interferir e ajudar a criança a traduzir suas dificuldades e potencialidades. O brincar auxilia no processo de simbolização da criança como um instrumento intermediador que doa a sua realidade à fantasia, possibilitando-lhe falar da sua realidade psíquica. Neste espaço, torna-se possível perceber a fase na qual a criança encontra-se fixada². Dolto³⁶ discorreu a sua tese a partir dos casos de crianças que atendia, constatando terem sido elas que criaram tudo, e que a autora foi apenas uma observadora; ela rabiscava com maestria as modelagens realizadas pela criança, e isto a permitia pensar, associando as modelagens com os depoimentos².

O lúdico, numa análise, também ajuda a criança a canalizar sua agressividade para outro alvo, que não o seu eu. No caso da criança que apresenta constipação intestinal funcional, o jogo significa um facilitador para que a criança fale sobre as suas fantasias e dificuldades e resignifique a posição sadomasoquista em que se encontra, quando fixada na pulsão anal.

É no ato de brincar que a criança expressa o seu mundo interno, ensaia fazer-se sujeito no mundo, ao mesmo tempo em que busca recriar o mundo que a rodeia. Percebe-se essa dinâmica nos jogos, nas produções com massa, argila, bem como nos desenhos em que há uma permuta entre o interno e o externo, que se misturam. Na medida em que se fala de realidade psíquica, não há diferença entre o interno e o externo: o que está fora, no brincar, está dentro da criança. No papel, por exemplo, a criança coloca, primeiro, o seu desejo de ocupar um espaço, depois o traço ou a marca que revelará seu inconsciente, e então, os limites que o traço, como metáfora da realidade, lhe impõe. Esse traço também revela a maneira que ela lida com esses limites⁴.

Freud⁵⁹ constatou que as crianças repetem, em suas brincadeiras, tudo aquilo que lhes causou uma grande impressão na vida real, sendo influenciadas pelo “desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem”⁵⁹. Além disso, por uma experiência ser desagradável, isto não a torna inapropriada para que a criança faça dela um jogo, tornando-se, ela própria, “senhora da situação”⁵⁹.

No entanto, esse fenômeno, no qual a criança torna-se agente do desaparecimento da mãe, é secundário. Existe um outro fenômeno, primário, no qual a criança vigia o ponto em que a mãe a abandonou⁷³. Assim o autor leu o trauma como sendo da ordem do real, em outras palavras, daquilo que não se pode dar palavras⁷³.

Então, para lidar com o furo, com o abandono, a criança brinca e repete; a saída que encontra é simbolizar. É por isso que a repetição está no simbólico. Quando se torna adulto, para lidar com a realidade que castra, priva e frustra, ela lançará mão da fantasia.

[...] o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio – a borda do berço – isto é, um fosso em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto⁷³.

A antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real⁷⁴.

A repetição, portanto, cumpre um papel crucial na elaboração psíquica do trauma. Existem fixações que perduram, reenviam o sujeito ao trauma e retornam como sintoma. Daí a importância, na técnica da psicanálise, do paciente falar o que lhe ocorre à mente (técnica da associação livre), recordar, repetir e elaborar dentro do cenário analítico, sob transferência^{32,75}. O que o paciente não consegue lembrar, coloca “em ato” com o analista. A transferência cria um campo intermediário entre o sintoma e a vida real; é na dinâmica da transferência que o paciente pode ressignificar as questões inconscientes envolvidas no sintoma⁷⁵.

Uma vez que a criança expressa seus conteúdos inconscientes através do brincar, o psicanalista trata isso da mesma forma que trata do sonho e do sintoma. O sintoma, nesse caso, está colocado fora, no brincar da criança. “Assim como o sintoma e o sonho, as produções lúdicas da criança são expressões do inconsciente, o retorno do recalcado. Ao desenhar na sessão de análise, a criança deseja falar para reescrever a sua posição subjetiva e começar a escrever a sua história”⁷⁴.

O inconsciente estruturado como uma linguagem é uma escritura^{26,76}. O desenho carrega traços de uma escritura primordial, ou seja, traços dos códigos que a mãe imprimiu no corpo da criança⁷⁶. Num segundo momento, a lei do pai se inscreve e a criança lança-se no processo que desembocará na escrita formal: começa a “escrever” através do rabisco e, depois, do desenho⁷⁶. O desenho, no *setting* psicoterapêutico, atesta uma mudança de posição subjetiva da criança: do assujeitamento à mãe para a apropriação do simbólico. Em outras palavras, o desenho é tomado como escrita que faz “ato de separação” simbólica da mãe⁷⁷.

Tomando-se como exemplo um dos casos atendidos pela analista no *Projeto Piloto*, os desenhos de Maria (nome fictício), oito anos, atestam e representam bem a afirmação acima. Maria apresentou constipação intestinal funcional, desde os três anos de idade,

acompanhada por um grave escape fecal como consequência da retenção. Por conta disso, ainda usava fraldas⁵. Associado ao quadro de constipação, apresentava enurese noturna, sono agitado e, por vezes, episódios de agressividade com atuação suicida⁵. O relacionamento mãe e filha era de superproteção e hostilidade, e o pai, de quem Maria falava saudosamente, aparecia fragilizado na sua função⁵.

Durante uma sessão, enquanto Maria desenhava um sonho que havia tido, a analista perguntou o que era difícil para essa criança, no seu corpo. Ao que ela respondeu: “É pesado”... “e também... o cocô”...

Em uma das primeiras sessões, Maria construiu, com argila, uma “borboleta” (Figura 1) com um aspecto bastante denso e pesado. Porém, ao mesmo tempo, ela falou do seu desejo de voar, soltar-se e esvaziar-se.

Figura 1 – Borboleta



Fonte: dados da pesquisa

A modelagem, por sua vez, facilita determinadas crianças a exprimirem suas fantasias de uma certa fase erótica, e constantes evoluções. Além disso, o desenho e a modelagem permitem que as crianças expressem, inconscientemente, a imagem do seu corpo próprio e do corpo do outro, instrumentos valiosos na dinâmica da psicanálise com crianças³⁶.

Diante das perdas e das novas exigências no processo de crescer, Maria fixou-se na fase anal⁵. Fazendo-se metáfora da casa vazia (Figura 2) com o seu corpo que se desenvolveu precocemente, essa criança parecia estar abandonada subjetivamente, cheia de angústia, agarrando-se aos seus *bens mais preciosos*: as fezes⁵. Contudo, através do desenho, expressou novamente o desejo de esvaziar-se, e mais um elemento novo: o sentimento de abandono pela mãe superprotetora. Por sua vez, Maria também abandonava seu corpo quando se aferrou ao sintoma da constipação⁵.

Figura 2 – Casa vazia

Fonte: dados da pesquisa

O caso clínico apresentado por Bayet¹⁵ também elucidou a questão do sintoma da constipação intestinal funcional e do desejo de “esvaziar-se” presentes no discurso do sujeito. A jovem paciente que tinha constipação intestinal funcional desde os primeiros meses de vida, e que teve o processo das suas primeiras entrevistas para análise, extremamente lento e entrecortado de mutismos, verbalizou para o analista: “Eu decidi esvaziar minha sacola para você”, mas “Você terá dificuldades... tenho dificuldades de falar”. Bayet¹⁵ escreveu que, nessa fala, “a paciente parecia introduzir uma imagem análoga àquela de constipação, e dentro da relação verbal de objeto”. O autor indicou aqui a relação da paciente com as fezes e com seu sintoma transferidos para a relação com o analista. Jacqueline desejava esvaziar-se, ou seja, esvaziar seus intestinos, sua mente; ela desejava falar¹⁵.

Motta, Silva e Castro² escreveram sobre o caso clínico de um menino que se encontrava demasiadamente identificado à mãe: baixa autoestima, confusão psicoafetiva e exigência excessiva. Filho de pais separados, a mãe expressava sua dificuldade em dar limites ao filho; o pai era, por sua vez, ausente, e recusava-se a comparecer às entrevistas psicanalíticas. Por meio do tratamento psicanalítico, no qual o brincar com argila, jogos e desenhos foi utilizado como instrumento. Assim, a criança pôde falar das suas angústias e elaborar a sua alienação à mãe, o desejo de separar-se simbolicamente dela, bem como a raiva da ausência do pai e o desejo de aproximar-se dele. O sintoma da constipação desapareceu em seis meses de tratamento, dando lugar a novas significações sobre a sexualidade e a agressividade dessa criança².

Importa sinalizar que são recortes de entrevistas e sessões que partem da escuta da analista e por isso passa pela subjetividade daquele que investiga e que doa seu inconsciente para captar as entrelinhas e os deslocamentos dos significantes no discurso do outro. Como disse Whitaker⁷⁸, trata-se de uma escrita situada no discurso psicanalítico que contempla a falta e não uma descrição de fenômenos sintomatológicos. O analista, então, escreve sobre uma realidade psíquica e sob a técnica da Psicanálise. Dentro dessa perspectiva, Cesarotto⁷⁹ escreveu:

[...] sobre a lavratura analítica, freudiana, lacaniana, ou de qualquer um que professe a clínica, e também segure a pena com mão firme: urge destacar a atividade literária como constitutiva do nó que amarra o fantasma à escrita, sendo a construção textual a transmutação da impossibilidade em verossimilhança, ou seja, a recriação daquela ‘estranha realidade’ que, fixada no papel, cristaliza um sentido, sempre potencial, ao atribuir um sujeito ao saber do inconsciente. Em definitivo, como diria Leonardo da Vinci, se non é vero, é bene trovato [...].

1.4.3 Psicanálise, linguística, discurso e articulações com o sujeito e o sintoma

Para a Psicanálise as noções de discurso e *linguística* são essenciais, inclusive para a objetividade científica, uma vez que a mais sensacional das descobertas ou experiências não servirá para nada, “se um outro não a puder refazer após sua comunicação a respeito. [...], pois o mundo da ciência [...], é antes de mais nada comunicável, ele se encarna em comunicações científicas”³². Existem concepções “dogmáticas” de ciência nas quais se concebe a “busca da verdade dos objetos estudados”⁸⁰. Sob essa ótica, há a exclusão do sujeito como produtor da sua verdade inconsciente⁸⁰. Contudo, há outras concepções de ciência que apoiam um “interminável movimento no sentido de aprimoramento de noções básicas e abstratas a fim de que ganhem complexidade”⁸⁰ num movimento reconstrução dinâmica. Freud deixou claro, através da sua obra, que era adepto desse último gênero de concepção de ciência⁸⁰. Seguindo essa linha de pensamento, Lacan²⁶ ao falar sobre a *verdade*, aponta para o *real* da língua, ou seja, para a *falta*, quando diz que a *verdade* é “não toda”:

Sempre digo a verdade: não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam palavras. É por esse impossível, inclusive, que a verdade tem a ver com o real²⁶.

O surgimento da linguística fundamenta-se no algoritmo s/S (significado sobre significante) redigido por Saussure, em que o “sobre” é relativo à barra de resistência que separa as duas etapas⁸¹. Em *Radiofonia*, Lacan⁸² valoriza o fato de que foi com Saussure e o Círculo de Praga, que o corte entre o significante e o significado foi instituído. Para Saussure⁸³, o significante é a representação psíquica do som tal como este é percebido pelos sentidos, e o significado é o conceito correspondente ao significante.

A Psicanálise, por sua vez, não deve desviar-se do lugar de onde a linguagem questiona sobre sua natureza. E para sustentar essa questão, é preciso livrar-se da “ilusão de que o significante atende à função de representar o significado”⁸¹. Foram as operações metáforo-metonímicas que agem na linguagem, assim como a abordagem clínica das psicoses, em que o signo linguístico (relação arbitrária entre o significado e o significante), é transformado por uma “invasão de significantes”, que conduziram Lacan a inverter o algoritmo saussureano³². Lacan, então, fundamenta-se no algoritmo proposto por Saussure, ao mesmo tempo em que o subverte, quando inverte o algoritmo para: S/s (Significante sobre significado), o que indica a supremacia do significante sobre o significado.

Na dinâmica da fala, esses dois conceitos são essenciais: metáfora e metonímia – duas “determinantes das vertentes mais radicais dos efeitos da linguagem”⁵³. Esses dois eixos espaço-temporais orientam o discurso. O eixo da metonímia é o eixo da contiguidade e combinação, na dimensão diacrônica, por onde os significantes (as palavras) deslizam na cadeia⁵³. E o eixo da metáfora que é o da substituição, na dimensão sincrônica, que compreende a substituição de um significante (palavra) por outro(a), desembocando na ocultação do significante que foi suprimido^{32,53,84}. A metáfora produz um sentido, não um significado⁸². Dessa forma, o princípio básico para o engendramento do dinamismo do inconsciente foi fornecido pela metáfora e metonímia⁸².

Trazendo à luz Freud, o “materialismo freudiano” é a fala⁸⁵. Desde Freud, o inconsciente é uma cadeia de significantes que se repete e insiste⁵³. Lacan, em entrevista a Caruso, argumentou: “Freud sempre fez uma análise do tipo linguístico. Freud havia inventado a nova linguística, antes que esta nascesse”⁸⁶. Ele ensinou que o sujeito segue a trilha do simbólico, ou melhor, os sujeitos, tomados em sua intersubjetividade, modelam-se de acordo com o “momento da cadeia significante que os está percorrendo”⁸⁷. Em outras palavras, a linguagem não é uma propriedade do sujeito. Em *Radiofonia* Lacan⁸² explicita que Freud antecipou Saussure e que “o inconsciente é a condição da linguística”, uma vez que aquele é “depósito, aluvião” da linguagem⁸²: “Só há inconsciente no ser falante”²⁶.

Foi a partir dos tropeços na fala como os *atos falhos*, *chistes*, etc. que Freud antecipou-se à linguística⁸². Portanto, esta se fortalece para além da comunicação formal e a partir da divisão do sujeito – aquele que é falado por um saber inconsciente⁸².

Em sua análise sobre os chistes, Freud⁸⁸ discorre sobre as mais variadas técnicas dos chistes: condensação e deslocamento; o múltiplo uso do mesmo material linguístico (um todo e suas partes; em ordem diferente; com leve modificação; com sentido pleno e sentido esvaziado); duplo sentido (significado como um nome e como uma coisa; significados metafóricos e literal; duplo sentido propriamente dito (jogo de palavras); duplo sentido com uma alusão)⁸⁸. Todas essas técnicas produzem um efeito desconcertante⁸⁸.

A certa altura do seu artigo, Freud⁸⁸ aprofunda a relação do chiste com o cômico por meio de uma das suas características: o contraste entre o esclarecimento e o desconcerto. Toma o exemplo de Heymans, citado por Freud⁸⁸, que exemplifica sua teoria (de que, no chiste, o esclarecimento sucede o desconcerto) com um inusitado chiste de Heine. Este faz o personagem de um agente pobre de loteria que se vangloria pelo fato do milionário Barão Rothschild tê-lo tratado como seu igual: “familiarmente”⁸⁸. Freud⁸⁸ pergunta-se como um “processo linguístico de condensação”, seguido de uma “palavra composta” – um “substituto” –, pode provocar risos. “[...] sentei-me ao lado de Salomon Rothschild e ele me tratou como um seu igual – bastante familiarmente”⁸⁸.

A princípio, a palavra parece sem sentido e ininteligível. Num segundo momento, o seu “verdadeiro sentido” surge.

É apenas esse segundo esclarecimento, essa descoberta de que uma palavra sem sentido, conforme o uso linguístico normal, é a responsável por todo o processo - essa solução do problema no nada -, é apenas esse segundo esclarecimento que produz o efeito cômico. [...] pode-se mesmo dizer tudo o que se tem a dizer nada dizendo⁸⁸.

Contudo, a natureza do chiste está mais relacionada com aquilo que ele oculta do que com o cômico em si⁸⁸. Freud faz uma análise minuciosa do chiste “familiarmente” e destrincha, linguisticamente, a sua forma breve e condensada:

f a m i l i ä r

 m i l i o n ä r

f a m i l i o n ä r⁸⁸

A própria palavra *m i l l i o n ä r*, combinação entre ‘millionär’ e ‘narr’, oculta um pensamento: em alemão, a palavra “narr” significa tolo.

Freud⁸⁸ compara a formação dos chistes com a dos processos oníricos. Por meio de mecanismos inconscientes (condensação e deslocamento), a representação pelo oposto e o uso do *nonsense*, os chistes são produzidos assim como os sonhos. Por outro lado, enquanto os sonhos tentam evitar o desprazer, os chistes têm como meta a produção do prazer⁸⁸. Além dessa analogia com os sonhos, Freud⁸⁸ afirma que os chistes são, de todas as funções mentais, a mais social; intimam com frequência três pessoas e demandam que a terceira pessoa o reconstrua e o compreenda⁸⁸. Dessa forma, “Um chiste é um jogo desenvolvido”⁸⁸.

Ainda sobre a antecipação de Freud à linguística, em seu artigo *O Inconsciente*⁸⁹, o autor já discorria sobre a representação de coisa e representação de palavra. Um trecho do seu escrito ilustra como já pensava em termos linguísticos:

O que livremente denominamos de **representação consciente do objeto** pode agora ser dividido na **representação de palavra** e na **representação de coisa**; a última consiste na *catexia*, se não das **imagens** diretas da memória da coisa, pelo menos de **traços de memória mais remotos** derivados delas. [...] a **representação consciente** abrange a representação da coisa **mais** a representação da palavra que pertence a ela, ao passo que a **representação inconsciente** é a **representação da coisa** apenas⁸⁹. (Grifo nosso).

O conceito de *catexia* quer dizer investimento de energia psíquica em uma ou mais ideias, numa parte do corpo ou *objeto*, ou pessoa. As *catexias* dos *objetos*, ou seja, as *primeiras e verdadeiras catexias objetais*, estão contidas no inconsciente⁹⁰.

Vorstellung em alemão significa ideia, imagem ou representação⁸⁹. De acordo com Saussure, o significante é uma representação, uma imagem acústica do signo, enquanto que em Freud⁸⁹ o significante corresponderia à representação de palavra em oposição à representação de coisa⁹¹.

No momento em que as ideias reprimidas são associadas a outras ideias possíveis de atingir a consciência, provocando uma organização psíquica mais elevada do que a descarga direta, é que o processo primário (descarga direta de energia psíquica) pode ser substituído pelo processo secundário (postergação da descarga)⁸⁹. Ou seja, quando o paciente fala em análise, a princípio traz um discurso metonímico, por onde o desejo desliza. Nesse eixo metonímico, sua fala está no nível da descarga direta; sua fala é vazia, vazia de sentido. Ao mesmo tempo, é sobre esse eixo que o processo metafórico acontece. É a partir da repetição que pode surgir o novo. Ao permitir-se associar livremente, o

paciente pode cometer um ato falho, um chiste ou fala de um fragmento de um sonho ou de um devaneio. Nesse momento, emergiu um significante (uma palavra) novo(a) que substitui o antigo que se repetia. Aí se dá o fenômeno da metáfora. Aqui a fala do paciente se torna plena, plena de sentido. Esse novo significante (palavra) que faz o corte no discurso metonímico, o faz pensar sobre a sua posição de sujeito frente ao seu desejo e ao seu sintoma. Os conteúdos reprimidos (ou inconscientes) puderam vir à tona para que o sujeito os elaborasse. Por isso, a escuta psicanalítica não deve aprisionar-se ao conteúdo, à metonímia da fala do paciente.

[...] a linguística [...] é esta estrutura que dá seu estatuto ao inconsciente. É ela, em cada caso, que nos garante que há sob o termo de inconsciente algo de qualificável, de acessível, de objetivável [...]. Reconhecida a estrutura de linguagem no inconsciente, [...] que tipo de sujeito podemos conceber-lhe?⁷³

Para saber do sujeito, só há um método: discriminar a rede de significantes. [...] e, uma rede se discrimina como? É voltando, retornando, cruzando seu caminho, que ela se cruza sempre do mesmo modo [...]⁷³.

Sendo a palavra “o modo mais puro e sensível de relação social”, é através dela que se delinea a posição subjetiva do sujeito em relação ao outro e ao coletivo⁹². A estruturação das palavras define os discursos, e é através deles que se pode compreender os fenômenos e os conceitos⁹².

Em *Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise*, Lacan⁶¹ diz que a Psicanálise dispõe de apenas um meio para pretender-se “agente de cura, de formação ou de sondagem: a fala do paciente. A evidência desse fato não justifica que se o negligencie. [...] mesmo que depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte, e que é esse o cerne de sua função na análise”. A fala faz seu apelo e pede uma resposta, ainda que, inicialmente, se ouça o vazio (a fala vazia); o analista analisa “[...] o comportamento do sujeito para ali encontrar o que ele não diz”⁶¹. E para além disso, “[...] a arte do analista consiste em suspender as certezas do sujeito”, pois é no discurso que deve se decompor a resolução dessas certezas⁶¹.

[...] o deslocamento do significante determina os sujeitos em seus atos, seu destino, suas recusas, suas cegueiras, seu sucesso e sua sorte, não obstante seus dons inatos e sua posição social, sem levar em conta o caráter ou o sexo, e que por bem ou por mal seguirá o rumo do significante, como armas e bagagens, tudo aquilo que é da ordem do dado psicológico⁸⁷.

Freud logo percebeu que pensar que a psicologia se encontrava no campo do imaginário (ilusório), em outras palavras, que o sintoma apenas poderia ser psicológico na aparência, desvalorizava o depoimento (a fala) do paciente. Logo, para reconhecer uma realidade própria das reações psíquicas, é preciso respeitar sua sucessão. Mas não se trata de “[...]restituir-lhes a cadeia através do relato”, ou seja, não é a história que o paciente conta que importa⁹³. E sim, “[...] o momento mesmo do depoimento pode constituir um fragmento significativo delas, desde que se exija a íntegra de seu texto e que se o liberte dos grilhões do relato”⁹³. Dito isto, duas leis condicionam a técnica e a experiência psicanalítica: a “*lei de não-omissão*” e a “*lei da não-sistematização*”⁹³, formuladas por Freud no conceito da associação livre* em que o analista diz para o paciente: fale o que lhe vem à cabeça⁹³. É na “incoerência” e nas representações psíquicas – em que a “psicologia de escola vê apenas o absurdo” – que se constrói a experiência psicanalítica, ou seja, nos “fragmentos de um sonho”, nas “fantasias do devaneio”, nos “delírios confusos ou lúcidos”, assim como nos “fenômenos” (“lapsos de linguagem e lapsos de ação”)⁹³.

Pode-se assim dizer que a técnica da Psicanálise sustenta-se na primazia do significante sobre o significado, pois sob um significante existem variadas significações. As diversas reorganizações dessas cadeias inconscientes se manifestam no sujeito através do sintoma. Na experiência de uma análise, o sintoma conquista o sentido que emerge da fala⁵³; freudianamente falando, a multideterminação simbólica do sintoma, que é na realidade, como o sujeito organiza as palavras no seu discurso⁵³. Dessa forma, a relação do sujeito com o sintoma que constrói é revelada na sua fala. É aqui que o analista ajuda o paciente a se implicar na construção do seu sintoma. Nesse sentido, Lacan⁵³ localizou o sintoma como metáfora; o sintoma como substituto dos conflitos inconscientes do sujeito, porque ele vela e revela a *verdade* inconsciente do sujeito.

A ciência para a Psicanálise é, dessa forma, a linguística. É nela que a Psicanálise se apoia uma vez que a linguagem conquistou seus direitos e seus deveres de objeto científico. Esse movimento constituiu-se numa revolução do conhecimento. O sujeito, dessa forma, é originalmente subvertido pelo sistema da fala⁷³, donde o sujeito não é mais o agente da linguagem, mas sim o efeito de uma substituição significativa (metáfora). Apresenta-se, em princípio, um sujeito assujeitado, constituindo-se como um efeito dentro

* *Associação Livre (Método ou Regra de -)*: “Método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem, [...] quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea. O processo da associação livre é constitutivo da técnica psicanalítica”⁵².

do discurso⁸⁴. Mas, de modo algum se trata de um sujeito passivo porque fundado no desconhecimento, porque este é a própria atividade do sujeito⁸⁶. É por essa via de pensamento que o discurso, para a psicanálise, só tem valor se falhar.

E é na experiência de uma Psicanálise que o sujeito pode falar e elaborar suas alienações e repetições, fazendo a leitura da posição subjetiva em que se encontra. E, em outro momento, o sujeito pode surpreender-se trilhando uma cadeia significante nova, apercebendo-se desalienado da posição anterior de onde *gozava*. Dessa forma, “A cura parece resultar fatalmente do sintoma [...]”³², uma vez que “o sujeito grita através do seu sintoma”⁸¹.

Para acessar o inconsciente, que é estruturado como uma linguagem, a Psicanálise busca fornecer condições para que o sujeito possa ler a simbologia dos seus sintomas e resignificar sua posição subjetiva. Nessa perspectiva, as transformações no curso da experiência psicanalítica se fazem dentro dos discursos que atravessam uma análise. Uma contribuição fundamental, em relação ao discurso da criança, é dada por Brun⁹⁴, quando propôs uma *regra de ouro*: não se deve confundir o discurso sobre a criança e o discurso da criança. Brun⁹⁴ atestou em seu artigo que a agitação e a somatização transtornam o funcionamento das esferas ditas funcionais: a criança come mal, dorme mal e controla mal os esfíncteres. Ela apresenta sintomas que a importância crescente da conscientização no mundo não permite mais a negligência⁹⁴. Importa o sujeito da criança e do adolescente. Como é a relação do sujeito com o *objeto* fezes? De que maneira isso aparece na sua fala? Como se dá o deslocamento dos diversos significados em relação às fezes (objeto da pulsão anal) e ao sintoma da constipação intestinal?

1.4.3.1 *Interlocuções entre a psicanálise e a análise de discurso*

Por causa da sua inserção no mundo simbólico, o ser humano e a interpretação estão intimamente ligados; a exigência de dar um sentido torna-se uma constante. No século XVII, as Ciências Humanas e Biológicas tentaram padronizar o homem e seu discurso, baseadas em classificações rígidas. Essa postura passou a ser problemática para as Ciências Humanas visto que não lida com o inesperado, nem com o desvio do rumo, aspectos cruciais nas pesquisas do discurso⁸⁴. Porém, é a partir dessa lacuna na ciência positivista que a Psicanálise e a Análise de Discurso seguem *índices* impossíveis de serem observados a olho nu, devolvendo aos dados suas qualidades idiossincráticas, seus contextos, suas histórias e condições de produção. Devolvem também a *opacidade ao sentido e a*

singularidade ao sujeito e dirigem-se a uma nova maneira de interpretar os dados⁸⁴. De acordo com Macedo et al.⁹², a pesquisa em saúde vem se aproximando das ciências sociais e humanas buscando produzir conhecimento sobre fenômenos de saúde através da Análise de Discurso dos sujeitos.

No intuito de discorrer sobre as intersecções entre a Psicanálise e a Análise de Discurso, vale assinalar que Pêcheux⁹⁵ preferiu o termo “Análise de Discurso” a “Análise do Discurso” porque não se propõe, como uma corrente anglo-saxônica ligada à corrente pragmática da linguagem, a investigar interlocuções espontâneas ou conversas, exatamente porque toma como fundamental a questão do sentido; a linguagem só faz sentido porque se inscreve na história⁸⁶.

Na década de sessenta (1960), Michel Pêcheux⁹⁵, filósofo francês, fundou a Análise de Discurso: conceito que se situa entre as Ciências Sociais e a Linguística. A Análise de Discurso articulava três campos do saber: o *Materialismo Histórico* (teoria desenvolvida para entender as formações sociais, suas transformações, compreendida aí a teoria das ideologias de Louis Althusser), a *Linguística* (teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação), e a *Teoria de Discurso* que toma como pedra angular a questão do sentido (teoria da determinação histórica dos processos semânticos)⁹⁶. Para Laureano⁹¹ esses três campos são perpassados por uma “teoria da subjetividade (de natureza psicanalítica)”⁹¹. Em controvérsia, Baldini⁹⁷ deixa em aberto essa questão de uma “teoria da subjetividade de natureza psicanalítica” quando lembra que Lacan, na Proposição de outubro de 1967, atestou que o sujeito não tem subjetividade uma vez que o sujeito da psicanálise não é concretizável, não é um sujeito nem geográfico nem economicamente determinável; não é o sujeito da política, da história ou da sociologia; o sujeito da psicanálise é inassimilável porque se desvanece no instante mesmo da enunciação^{97,98}. Não existe outra forma do sujeito do inconsciente ser representado, a não ser entre dois significantes: um significante, para a Psicanálise, “é aquilo que representa o sujeito para outro significante”⁵³. Por isso, para Baldini⁹⁷ não importa apenas considerar a existência do inconsciente; é preciso “escolher um certo modo de ler Lacan”, considerando os campos do desejo e da pulsão⁹⁷.

Melo⁸⁶ não percebe uma articulação possível entre o sujeito da ideologia em Althusser e o sujeito do inconsciente da Psicanálise, uma vez que o sujeito da ideologia é “alheio à dinâmica pulsional”⁸⁶ – conceito limite entre o psiquismo e o somático, visto que nasce no corpo e é atravessada pela linguagem⁶⁰. Por isso, assinala Melo⁸⁶, o próprio

Pêcheux, no terceiro momento da sua construção teórica, foi se afastando da teoria da ideologia e se acercando mais do sujeito do desejo da Psicanálise.

Pêcheux, em sua obra *O Discurso: estrutura ou acontecimento*⁹⁹, entrecruza três caminhos: o do acontecimento, o da estrutura e o da tensão entre o que ele chama de *descrição e interpretação* no interior da análise de discurso. O autor toma o *acontecimento* da vitória do futuro presidente da França (François Mitterrand) para discorrer sobre as contradições dos enunciados (transparentes e opacos ao mesmo tempo) que emergem na mídia jornalística. “O confronto discursivo prossegue através do acontecimento”⁹⁹. Dentre tantos enunciados, o autor toma um enunciado coletivo em particular: “On a gagné!” [“Ganhamos!”] que é repetido e cantado num ritmo, ‘com eco inesgotável’⁹⁹. O que seria uma palavra de uma manifestação política, em sua materialidade discursiva, nada apresenta dessa ordem: nem de conteúdo, forma ou estrutura enunciativa. Pêcheux compara metaforicamente esse enunciado com o grito coletivo dos torcedores de uma partida esportiva. Para além da metáfora *político-esportiva*, indica a opacidade do enunciado *On a gagné! Quem ganhou na verdade? Além das aparências? Face à história? Ganhamos o quê e por quê? Um pronome indefinido no lugar de sujeito, a ausência de complementos. Todas essas disjunções remetem a “relações associativas implícitas”, sem contar com os diversos sentidos que o verbo ganhar possui*⁹⁹. A partir desse acontecimento de 10 de maio de 1981, Pêcheux⁹⁹ expõe uma discussão teórica: “a do estatuto das discursividades que trabalham um acontecimento, entrecruzando proposições de aparência logicamente estável, suscetíveis de resposta unívocas (é sim ou não, é x ou y, etc.) e formulações irremediavelmente equívocas”⁹⁹. E desse ponto, entre a ilusão das certezas e os tropeços do discurso, o autor interpela se uns objetos discursivos “devem ser declarados mais reais que outros”⁹⁹. É a essa altura da sua obra que o autor afirma que, em certas circunstâncias, há independência do objeto (“coisas, seres vivos, pessoas, acontecimentos, processos...”) diante de qualquer discurso a seu respeito; existe o “real”⁹⁹.

É essa obra de Pêcheux⁹⁹, que Leite, citado por Melo⁸⁶ referencia-se e desenvolve *Psicanálise e Análise do Discurso*, 1994, que propõe uma releitura da Análise de Discurso, apoiada em Lacan. Assim, a autora recorre para o retorno à noção de estrutura e de sujeito, em que uma estrutura comporta o furo, a hiância apresentando o discurso como *acontecimento na estrutura*. Enxerga, dessa forma, que a Psicanálise e a Análise de Discurso podem contribuir uma com a outra de uma maneira mais profícua⁸⁶. De acordo com Pêcheux⁹⁹, “há real, isto é, pontos de impossível, determinando aquilo que não pode não ser assim”. Ou seja, o real da língua, que não está submetido às regras formais da língua

lógica, mas que é atravessado pelos furos e pelas falhas no discurso e que comporta o não absoluto dos sentidos¹⁰⁰.

Tangenciando o pensamento de Lacan⁷³, Pêcheux⁹⁹ afirma que não descobrimos o real, mas nos deparamos com ele. E faz uma crítica aos discursos “logicamente estabilizados”. Uma “homogeneidade lógica” constituída por um conjunto de proposições verdadeiras ou falsas, esse conjunto, diz Pêcheux, “é atravessado por uma série de equívocos”, uma “impostura construída na sua totalidade por algum Príncipe mistificador [...] uma falsa aparência de um real natural-social-histórico homogêneo”⁹⁹. O equívoco está na “ideia de uma possível ciência da estrutura desse real” a qual asseguraria “o controle sem risco de interpretação”, que compra a promessa dessa rigorosa *ciência régia* com um “jogo de dominação e resistência”⁹⁹.

[...] essa necessidade universal de um ‘mundo semanticamente normal’, isto é, normatizado, começa com a relação de cada um com seu próprio corpo e seus arredores imediatos (e antes de tudo com a distribuição de bons e maus objetos, arcaicamente figurados pela disjunção entre alimento e excremento)⁹⁹.

Foi considerando o conceito de hiância como o furo estrutural, que Lacan afirmou que “a repetição aparece primeiro [...] em ato”; [...] “um verdadeiro ato, tem sempre uma parte de estrutura, por dizer respeito a um real que não é evidente”⁷³. O sujeito repete uma situação, um ato doloroso e, no *só-depois*, é que se dá conta⁷³. O real, portanto, é o núcleo estrutural do psiquismo em torno do qual a cadeia de significantes insiste e repete-se procurando dar um sentido⁷³. Mas ele, o real, é inominável, aquele ao qual não se consegue atribuir representações, nem palavras. “O real é aqui o que retorna sempre ao mesmo lugar” – lugar onde o sujeito que pensa não o encontra⁷³.

Dito isto, como ocorre o trabalho de interpretação e produção de sentidos na Análise de Discurso e na Psicanálise? O analista de discurso trabalhará num lugar de “tensão entre o dito e o não-dito”, visto que os vários sentidos serão capturados nos deslizamentos da língua^{84,91}, nas quais o sujeito manca. “Mais uma vez a psicanálise resgata o sujeito da massificação psicométrica e nos permite pensar numa relação entre a teoria lacaniana e a AD de linha francesa”⁹¹.

Na experiência de uma psicanálise, a interpretação do analista testemunha a posição inconsciente do sujeito sobre o sintoma e o desejo, revelada nas falhas do seu discurso. A interpretação do analista só tem efeito se acontecer na relação transferencial (paciente-

analista). Contudo, não se interpreta a transferência *per si* porque esse ato indubitavelmente suscitará o aumento da resistência do paciente.

O real, próprio das disciplinas de interpretação, demanda que a lógica da não estabilidade seja considerado *a priori* como um “simples furo no real”. “Logo: um real constitutivamente estranho à univocidade (inequívocidade) lógica, e um saber que não se transmite, não se aprende, não se ensina, e que, no entanto, existe produzindo efeitos”⁹⁹.

Pêcheux⁹⁹ reconhece o efeito subversivo da trilogia Marx-Freud-Saussure que desafiou, e até hoje desafia, as evidências da ordem humana como estritamente bio-social. Essa trilogia prometeu uma verdadeira revolução cultural no momento em que deu um golpe no narcisismo individual e coletivo, e abre uma fenda no “bloco compacto das pedagogias, das tecnologias (industriais e bio-médicas), dos humanismos moralizantes ou religiosos” que deixaram de fora o simbólico⁹⁹; introduz dessa forma, o inconsciente.

Assim Pêcheux⁹⁹ diz que é fundamental reconhecer o real da língua, no sentido de Lacan, no qual a descrição das materialidades discursivas se instala. A pesquisa linguística começaria, então, por “abordar o próprio da língua através do papel do equívoco, da elipse, da falta”⁹⁹. À pesquisa linguística cabe construir formas de investigação de dados e modos de raciocínio aptos a aproximar-se “do fato linguístico do equívoco como fato estrutural implicado pela ordem do simbólico” que transforma os sentidos e escapa a qualquer significação normatizada *a priori*⁹⁹.

Deste ponto Pêcheux defende a ideia de que “todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro”⁹⁹. Ninguém está seguro de “saber do que se fala”, e isto ocorre tanto nos conluios da esfera familiar quanto pública. “É nesse espaço que pretende trabalhar a análise de discurso”⁹⁹. Para a Análise de Discurso, portanto, os dados são resultantes de uma construção; ele não existe por si só, e todo esse processo acima exposto precisa ser considerado no momento da interpretação⁹¹.

O discurso organiza-se na relação com o “interdiscurso” e o “intradiscurso”¹⁰¹. O primeiro é relativo aos saberes constituídos na “memória do dizer”¹⁰¹ (memória coletiva construída socialmente). Ao passo que o segundo, o intradiscurso, significa a materialidade (a fala propriamente dita). A interpretação, portanto, deverá acontecer entre o interdiscurso e o intradiscurso, e alcançar as posições representadas pelos sujeitos através das marcas linguísticas. Por conseguinte, após o pesquisador ter delimitado o “eixo temático”, ele determina recortes discursivos¹⁰¹.

Dessa maneira, não é preciso analisar tudo o que surge na entrevista, visto que se trata de uma *análise vertical* e não *horizontal*. A Análise de Discurso irá trilhar os efeitos de sentido apreendidos mediante interpretação^{91,101}. O processo de análise na Análise de Discurso, portanto, elege recortes, ou seja, um fragmento discursivo que, para ser analisado é preciso que se inclua o contexto histórico, os interlocutores, o lugar de onde falam. Quem fala? Para quem fala? Sobre o que fala?^{84,91}. Tfouni e Laureano^{84,91} pinçaram as *repetições* nas narrativas orais dos sujeitos de sua pesquisa, posto que a repetição é um meio discursivo significativo tanto para a Psicanálise quanto para a Análise de Discurso.

A análise discursiva propõe-se a interrogar os sentidos, para interpretação, nas suas várias formas de produção verbais e não verbais, que podem ser entrelaçadas com séries textuais (orais ou escritas), com imagens (fotografias) ou com linguagem corporal¹⁰². “A Análise de discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido”¹⁰¹. O pesquisador é um intérprete e sua interpretação nunca será absoluta nem única, uma vez que a sua subjetividade está implicada na escolha do tema, no ato de pesquisar e nas suas interpretações^{91,102}.

Laureano⁹¹ escolhe o “paradigma indiciário” que também se constitui num paradigma científico. O “paradigma indiciário” busca indícios ou pistas de sentidos no discurso e analisa diferentes tipos de “*corpus*”, constituído pela “linguagem” e pelo “contexto histórico”⁹¹. Na análise de discurso, a concepção de *corpus* é perpassada por um processo de construção e constitui-se como fato e não como um dado; o *corpus* encontra-se diretamente relacionado com a teoria, uma vez que análise e teoria são indissociáveis⁹¹. Lacan⁵⁸ já o dizia:

A teoria analítica e a prática, sempre se disse, não podem se dissociar uma da outra e, a partir do momento em que se concebe a experiência num certo sentido, é inevitável que se a conduza igualmente nesse sentido. Certamente, os resultados práticos só podem ser entrevistados⁵⁸.

Como novo paradigma das Ciências Humanas, o *paradigma indiciário* trata da individualidade dos sujeitos da pesquisa e dos diversos sentidos e seus efeitos que vão além do enunciado, além do que é dito⁹¹. Isto porque os fatos têm memória linguística e historicidade, possibilitando, assim, a leitura do discurso enquanto objeto simbólico⁹¹.

No seminário *A Angústia*, Lacan⁵⁵ fala sobre uma falta radical, em torno da qual a cadeia de significantes gira e que é primordial na constituição da subjetividade. Uma falta irreduzível ao significante, ou seja, uma falta que a fala não supre e que revela.

Apesar de apresentarem algumas ideias divergentes e pontos que não se alcançam, tanto a Análise de Discurso quanto a Psicanálise são disciplinas indiciárias⁹¹.

Lacan⁵⁵ questiona o ponto de vista científico positivista uma vez que “sua ambição é sempre considerar a falta como preenchível”; opostamente à experiência de uma análise que considera incluir a falta enquanto tal⁵⁵.

Em sua tese de doutorado orientada por Tfouni, Laureano⁹¹ constata que é possível articular a Análise de Discurso e a Psicanálise lacaniana. Atualmente, pesquisas vêm sendo realizadas nesse sentido. O ponto de articulação entre as duas são os conceitos de interdiscurso da primeira teoria, e o *tesouro de significantes* na segunda teoria⁹¹. Esse *tesouro de significantes* é da ordem de uma “relação discursiva”; na concepção lacaniana trata-se de um “espaço aberto de significantes” com a qual o sujeito se depara desde o seu ingresso no mundo, e que preexiste ao seu nascimento, num primeiro tempo da sua constituição. Num segundo tempo, instituir-se-á a “subjetivação em que a falta vai implicar o desejo”³² (Vide *Os três tempos do complexo de Édipo*, p. 37). É partir desse ponto de articulação e pelas vias do conceito de interpretação que Laureano⁹¹ busca os “pontos de toque” entre a Análise de Discurso pêcheutiana e a Psicanálise lacaniana.

É a implicação dentro das ciências humanas do que é particular, a busca pela história e pela memória do dizer e o resgate do sujeito enquanto único (que essas duas disciplinas indiciárias fazem tão bem) nosso ponto de partida para uma possível articulação⁹¹.

Dois outros aspectos cruciais da tese de Laureano⁹¹ são os conceitos de “recorte” e “condições de produção”, uma vez que o analista fará recortes dos dados que se encontram no discurso (materialidade linguística); estes recortes produzirão e permitirão sentidos. As condições de produção dizem respeito às condições históricas que perpassam essa materialidade linguística. É essa relação entre a língua e a história que embasa a “fonte dos recortes” ou “*corpus* discursivo” que serão analisados. O recorte será feito a partir do estranhamento do analista da “leitura” que realiza do *corpus*; “desnaturaliza”, portanto, a obviedade do sentido⁹¹. Essa leitura está diretamente relacionada com a escuta, em atenção flutuante, do analista. E sua escuta encontra-se intimamente imbricada com a sua análise pessoal e supervisão⁹¹.

Corroborando com as ideias anteriormente expostas, Amaral¹⁰⁰ afirma que as contribuições de ambos, Michel Pêcheux¹⁰³ e Jacques Lacan⁵⁸, são valiosas para o analista de discurso, uma vez que possibilitam observar-se os sujeitos e os sentidos a partir da sua

constituição¹⁰⁰. Em seu artigo, a autora investiga como as metáforas modificam o conceito da noção da palavra *mar* proposta pelas ciências marítimas; isto porque as metáforas representam a materialidade de um outro discurso sobre um significante e seus diversos sentidos¹⁰³. E a partir de Lacan⁶¹, pode-se observar a cadeia do significante que presentificará tudo o que diz respeito ao sujeito que não se apercebe estar submetido a essa cadeia que o constitui. Nessa perspectiva, “sujeito e sentido são postulados em suas relações com o inconsciente, pois [...] não há sentido sem sujeito, nem sujeito sem inconsciente”, um sentido que nunca está colado à palavra¹⁰⁰.

O conceito de metáfora em Pêcheux, por exemplo, exerce um papel importante na evolução do escopo teórico da Análise de Discurso de linha francesa. A noção de metáfora possibilita a desconstrução do congelamento dos sentidos no discurso, atestando, assim, a reelaboração persistente da obra de Pêcheux¹⁰⁰. “[...] a metonímia é um fenômeno de vizinhança, de familiaridade, e a metáfora, uma importação que produz estranheza”¹⁰⁴. Pêcheux¹⁰⁵ em *Metáfora e Interdiscurso* revisita a questão do assujeitamento ao discurso e conclui que a discursividade não é construída através de regras semânticas e pragmáticas. Isto dá vazão ao surgimento da metáfora no intradiscurso, na fala: campo de contradições, e não um espaço integrador¹⁰⁵. A metáfora é lida por Pêcheux como uma perturbação no discurso como um enigma, um ato falho, um lapso, enquanto que a metonímia seria uma “tentativa de tratar” essa perturbação¹⁰⁵, a metáfora como o corte que desvia o sentido que o ego tenta organizar.

Melo⁸⁶ entende que o modelo de Análise de Discurso criado por Pêcheux foi o primeiro campo da Linguística a empregar as descobertas da Psicanálise, principalmente no que diz respeito aos estudos lacanianos sobre o sujeito. O fundador da Análise de Discurso reafirma, assim, a interdisciplinaridade como o destino dos estudos relacionados ao discurso⁸⁶. Na concepção de Melo⁸⁶, a Análise de Discurso busca pensar a relação entre um *lugar social* e uma determinada organização textual e define “lugar social” como “a política, um jornal, a literatura, um hospital, uma aula, a entrevista entre o psicólogo e um cliente”⁸⁶. Uma dificuldade central na interdisciplinaridade, porém, aparece nos “obstáculos epistemológicos” uma vez que se corre o risco de reduzir o campo de saber do outro ao nosso ou vice-versa, legitimando determinadas posições em detrimento de outras⁸⁶.

Macedo et al.⁹² consideram a interlocução entre a Psicanálise e a Análise de Discurso como uma possibilidade de apreender o sentido latente no discurso, logo “como forma de aproximação do processo saúde-doença por meio da interpretação da

linguagem”⁹². Dessa maneira, os referidos autores procuram incorporar a Análise de Discurso ao campo da saúde, pois essa área encontra-se intimamente imbricada na realidade social na medida em que nela estão presentes os problemas e as intervenções.

Sendo assim, o analista de discurso contribui para as interpretações dos sentidos das palavras na medida em que captura, através de uma técnica específica, o sentido oculto na fala de um sujeito inserido num contexto. Por isso, a Análise de Discurso diz respeito tanto à “tomada de textos produzidos em sua singularidade”⁹² quanto à compreensão do contexto. Uma pesquisa na área de saúde, que se propõe interdisciplinar, necessita analisar as fontes discursivas, pois esta é uma maneira de associar Saúde, História e Linguística. Deve assim, considerar a heterogeneidade dos discursos e seus sentidos; o pesquisador deve estar atento também ao silêncio, ao que não é verbalizado, ao que é explícito, ao tom de voz e, inclusive, “às falas que se esvaziam de sentido”⁹².

[...] a linguagem liga interno e externo; aquilo que nós falamos é o nosso corpo, também, não são só as nossas ideias. As nossas ideias refletem, portanto, o nosso corpo. [...] E o desejo, ao mesmo tempo que nos movimenta, nos angustia, porque nós desejamos aquilo que falta. É por sermos seres falantes, por termos linguagem, é que, também, somos seres desejantes. E isso introduz a doença em nossa realidade, quer dizer, a doença tem a ver com esse problema da nossa constituição mesma²².

1.4.4 Entrevistas preliminares, possibilidades e limites da psicanálise

Freud¹⁰⁶ denominou de “tratamento de ensaio” as entrevistas que antecedem a análise propriamente dita. Mais tarde, Lacan¹⁰⁷ introduziu a expressão “entrevistas preliminares” para caracterizar esse tratamento prévio durante o qual aspectos cruciais são delimitados: os sintomas, a transferência e o diagnóstico¹⁰⁸. Em relação à função do sintoma nas entrevistas preliminares, Quinet¹⁰⁹ escreveu sobre a importância do paciente transformar o sintoma do qual se queixa em demanda de análise dirigida ao analista; na medida que o sintoma provoca questões ao sujeito, opera-se a divisão deste frente ao seu desejo e de onde dialetizar torna-se possível¹⁰⁹ A quem esse sintoma responde?¹⁰⁹ Freudianamente falando, o que provocou o fracasso do recalque para que o sintoma se constituísse?¹⁰⁹ O sintoma precisa vir à tona como algo a ser decifrado na dinâmica da transferência¹⁰⁸.

Para entender as funções das entrevistas, precisam-se incluir três elementos que estruturam o campo de pesquisa em psicanálise: “intervenção, produção e investigação”¹¹⁰. É possível, desde Freud, produzir um estudo a partir de casos clínicos em que o sujeito do inconsciente está em causa e vem à tona. O sujeito do inconsciente é fruto de um “laço discursivo” que será produzido novamente na transferência¹¹⁰. As entrevistas preliminares são fundamentais para que a transferência se delineie; Quinet¹⁰⁹ chamou de função transferencial das entrevistas preliminares. Costa e Poli¹¹⁰ mencionaram que os atos falhos, chistes e sonhos, formações do inconsciente, associam palavra e corpo e são cruciais para “situar o lugar e a função do pesquisador em psicanálise no seu recurso à entrevista” porque o sujeito pesquisado só se apropria delas, enquanto sujeito, quando está sob transferência. Isto é, quando ele fala para um analista que, a princípio, ele (o paciente) supõe que o analista sabe de algo “insabido”¹¹⁰. Esse lugar do suposto saber, emergente nas entrevistas preliminares, onde o paciente transfere um saber sobre sua verdade para o analista, é uma ilusão a qual o analista jamais deve identificar-se; ao contrário, ele deve reconhecer os seus limites e manter-se numa posição de ignorância – do não saber^{61,108}. O pesquisador é incluído, então, na própria formação do inconsciente¹¹⁰. O paciente, por sua vez, que chega numa posição de queixa, apenas passa a ser sujeito (não apenas objeto do estudo) quando começa a se dar conta da sua participação na edificação do seu sintoma; essa passagem acontece nas entrevistas preliminares¹¹⁰. À medida que os enigmas sobre a fala do paciente são marcados, edifica-se também o laço de confiança no analista^{65,110}. É nesse contexto que a subjetividade do analista está inserida no processo da pesquisa, bem como as

interpretações que ele dá – uma vez que denotam a implicação do analista na dinâmica investigativa das entrevistas preliminares. Dentro dessa ética psicanalítica acontece a produção de conhecimento sobre o sujeito¹¹⁰.

Durante as entrevistas preliminares, o analista pode construir suas primeiras hipóteses de *diagnóstico situacional* da criança, do adolescente e da família. Ajudar o paciente a falar das suas dores, dar-se conta da existência do inconsciente na formação do seu sintoma, implicando-se na construção do mesmo (denominado de retificação subjetiva), verificar se a psicanálise é indicada para aquele paciente, ajudá-lo a transformar a queixa em demanda de análise, assim como descolar a demanda, o discurso e o sintoma da criança da demanda, do discurso e do sintoma dos pais, são algumas das muitas funções que as entrevistas preliminares possuem⁶⁵. Carneiro et al.¹⁰⁸ colocam que o diagnóstico diferencial e o processo de análise possuem uma implicação mútua na medida em que o primeiro só ganha sentido se servir de bússola para a direção do tratamento¹⁰⁸.

Ainda sobre a *hipótese diagnóstica*, o termo é aqui utilizado porque qualquer hipótese proveniente das entrevistas preliminares deve manter-se em suspenso, embora sirva de *balizador* tanto para a viabilidade do paciente submeter-se à análise quanto para o manejo da técnica. Ao falar-se de organização psíquica, em psicanálise, toma-se como referência as diversas maneiras como o psiquismo se organiza frente à falta⁶⁵. A psicanálise lida com a falta, inerente a todo ser humano. A questão é como cada um, dentro da sua possibilidade, singularidade e estrutura psíquica, lida com ela. O neurótico lança mão de recalque, o psicótico de *forclusão* (exclusão da Lei paterna), enquanto que o perverso, do mecanismo de denegação da Lei do pai (Nome-do-Pai)¹¹¹, ou seja, o perverso sabe que a lei existe, mas nega. Tanto a psicose quanto a perversão encontram-se no campo pré-Edípico, no qual o que vigora é a Lei da mãe (o imaginário)¹¹¹. Diferentemente, na neurose, o sujeito internalizou a Lei do pai que o insere no simbólico⁶³. (*Vide o terceiro tempo do complexo de Édipo na página 37*).

No caso da criança, o analista investiga em qual momento do desenvolvimento psíquico libidinal esta se encontra. Encontra-se na fase pré-edípica, na qual predomina a relação com a mãe? Em pleno complexo de Édipo? Ou no período de latência? Em qual fase a criança está fixada? No caso do adolescente, como essas fases da infância estão sendo reeditadas e elaboradas, nesse momento de profundas transformações físicas, psíquicas e emocionais?

Tanto para a criança quanto para o adolescente, é fundamental investigar quais as questões latentes que estão sendo veladas e reveladas pelo sintoma do qual se queixam,

assim como o analista deve estar atento ao lugar dos pais na constituição do sintoma do(a) filho(a). Whitaker⁷⁸ discutiu sobre as consequências da escuta à mãe durante as entrevistas preliminares no que diz respeito à direção do tratamento e aos efeitos da posição materna sobre os sintomas do adolescente. A importância de escutar o discurso da mãe como uma via de suporte para desmontar a posição de assujeitamento do filho ao desejo inconsciente materno⁷⁸. Whitaker⁷⁸ aponta para a especificidade da clínica infanto-juvenil, pois ela inclui, além da criança, a participação da subjetividade da mãe e/ou do pai no sintoma do sujeito.

Um adolescente de 13 anos que apresentava encoprese, questões com sua agressividade e sexualidade, além de dificuldades com a aprendizagem, evacuava nas calças, não falava, mordida e destruía brinquedos, batia nas pessoas, apanhava dos colegas e da mãe⁷⁸. Recortes do discurso da mãe ao longo das entrevistas foram cruciais para que a analista demarcasse a demanda e transferência da mãe de que a analista fosse “testemunha da ‘anormalidade’ do sujeito”, o filho como sintoma da mãe, a prioridade dada à questão anal e a oralidade salientada pelas diversas referências da mãe à mordedura de objetos “duros”⁷⁸. Seguem alguns trechos do discurso da mãe: “Não deixo ele fazer nada, porque sei que ele vai fazer errado”; “Tudo o que eu tiro de mim eu dou para ele. João me xingava porque não queria que eu o levasse para a escola, porque ninguém vai com a mãe. Eu ia porque os meninos batiam nele e passavam a mão no seu bumbum”; “Para mim e para meu marido, ele não fala. Ele grita e chora quando mando ele fazer as coisas...”; “Estou encontrando nele uma carga, e não um filho (choro)”; “Pensei em largar tudo”⁷⁸. Nas entrevistas preliminares, outros questionamentos foram feitos por Whitaker⁷⁸: seria possível uma retificação subjetiva dessa mãe em relação ao filho, mediante a condução do caso realizada pela analista? A analista poderá ser colocada, por essa mãe, no lugar de suposto saber?⁷⁸ João não pode falar das razões das suas atitudes nem dos *bullings* que sofre dos colegas na escola⁷⁸. Que consequências, na sua fantasia, provocaria o seu dizer?⁷⁸ E, finalmente, a analista aponta para as falhas da analista no manejo das entrevistas preliminares com a mãe e os limites da clínica psicanalítica com crianças⁷⁸.

Costa e Poli¹¹⁰ também assinalam a oportunidade que as entrevistas oferecem ao paciente de comunicar, enunciar uma experiência outrora subjugada ao mutismo. Essa enunciação a um terceiro velado é comparada à produção do chiste em que a comicidade produz um outro ausente, denominado por Freud⁸⁸ de “terceiro ausente”¹¹⁰. Um outro modelo de entrevista que Costa e Poli¹¹⁰ descrevem é o das “narrativas de fim de análise,

o dispositivo que Lacan denominou de “passe” ou “relato dos analisantes a testemunhas” que traz a possibilidade de comunicar algo particular para o público⁹⁸.

Um outro aspecto importante das entrevistas preliminares é que o psicanalista deve interrogar-se sobre as suas possibilidades de empreender o processo com aquele paciente. No contexto diverso do *setting* da clínica, numa instituição como o hospital, por exemplo, quais são os desafios que o analista pode encontrar? E os limites do paciente? Costa e Poli¹¹⁰ certificam que o analista corre o risco de situar a demanda do seu lado, pois estabelece uma hipótese ou pergunta no início do seu estudo¹¹⁰. É preciso ter o máximo de cuidado no intuito de respeitar a formulação da demanda do paciente e de produção das respostas particulares daquele que se encontra sob transferência¹¹⁰. Um outro perigo que se corre nesse contexto de pesquisa é que o paciente endereça sua queixa para a instituição e pode dirigi-la não apenas para o analista, mas também para a secretária, enfermeira, etc., o que dificulta a demarcação da transferência com o analista, assim como do endereçamento da demanda para este¹¹⁰. As autoras Costa e Poli¹¹⁰ também chamam atenção para que o pesquisador não perca de vista o elemento surpresa e contribuição ímpar no processo de investigação, aspectos que estão fora do circuito daquilo que pode ter sido preestabelecido pelo pesquisador no início do estudo, e, do lado do pesquisador, a chance de transmitir novos dados para progredir na teoria e na prática.

Sobre limites, em geral, da aplicação da psicanálise, há casos que não são indicados para uma análise: quando, por exemplo, no funcionamento psíquico existem entraves que impedem a busca de uma elaboração psíquica sobre o sintoma e o sofrimento⁶⁵. O processo de uma análise também não se aplica a pacientes como crianças com limitações cognitivas graves, tampouco àquelas que não ouvem nem falam. Contudo, quando não se trata de síndromes que comprometem o intelecto, até que ponto o “emburrecimento” não é fruto da neurose? Inteligência não tem associação de causalidade com pobreza tampouco com baixo nível de instrução. Essas pessoas são, muitas vezes, emudecidas pelo sistema e pela falta de oportunidade. Poder-se-ia dizer que são sintomas da máquina capitalista. Como contraponto à ideia de que os pobres não fazem análise, Quinet¹⁰⁹ destaca que “na verdade, o rico é mais inalisável do que o pobre, se chamarmos de rico aquele que não tem falta”, falta no sentido de necessidade¹⁰⁹. Entretanto, quando inclui-se a dimensão da demanda e do desejo, surge um outro registro da falta - “a falta a ser”¹⁰⁹. Quando o dinheiro entra no circuito da falta, ele passa a fazer parte de uma “série de equivalências simbólicas apreendida por Freud dentre os objetos que caem: seio, pênis, excremento, dinheiro, criança, presente, etc.”, *objetos* representantes do falo e, obviamente, da falta¹⁰⁹.

Limites fundados, no que diz respeito ao próprio campo da Psicanálise, foram ultrapassados em boa parte: ampliou o tratamento nas psicoses de crianças, de somatizações, de compulsividades e estados-limite, potencializando novos espaços para a clínica, ressalta Joel Birman^{112,113}. Quando no paciente, os processos de simbolização e elaboração de um sentido inconsciente parecerem muito frágeis, cabe ao analista remanejar o enquadre para lidar com aquela situação⁶⁵.

Outra situação que requer um trabalho importante por parte do analista, ocorre quando o paciente é trazido por uma demanda que não seja própria, mas da escola, do médico ou dos pais ou responsáveis. “Por outro lado, o sujeito em sofrimento pode procurar um analista e não uma análise”⁶⁵. O paciente supõe que o analista possui as respostas para aplacar seu mal-estar. A este lugar do analista, Lacan denominou de *sujeito suposto saber*. No entanto, este profissional já ocupa o seu *lugar de analista* desde as entrevistas preliminares, o que significa que sua escuta não opera a partir da sua pessoa porque ele não julga, não concorda nem discorda⁶⁵. O analista, portanto, paga com a sua pessoa. Durante as entrevistas preliminares, o analista encoraja o paciente a dar continuidade ao seu discurso, a pensar o que o leva à análise e a relacionar aquilo que supõe ser a causa do seu sofrimento a um conflito interno⁶⁵. Na pesquisa aqui proposta, as entrevistas preliminares, além das suas diversas funções, funcionam também como um tratamento breve.

CAPÍTULO 2 – O REAL, O SIMBÓLICO E O IMAGINÁRIO NA FALA DE CRIANÇAS E PAIS ACERCA DO SINTOMA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

Claudia dos Reis Motta*
Luciana Rodrigues Silva**
Hélio de Castro***
Ana Paula Lobo Machado****

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo analisar os significantes em torno do sintoma constipação intestinal funcional, na fala de crianças e adolescentes e seus pais. Como a constipação revela a subjetividade da mãe, do pai e/ou crise do casal (ex-casal) parental? Estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com crianças e adolescentes, na faixa etária entre 3 e 18 anos de idade, diagnosticados com constipação intestinal funcional, encaminhados para a analista pela equipe médica do ambulatório de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. O questionário, aplicado em 14 famílias, abordou três aspectos do sintoma: o real do corpo, o simbólico (ideias) e o imaginário (afetos). O insucesso do tratamento medicamentoso foi relatado pela maioria dos pacientes (n=13). Dos quatorze casos investigados, cinco mães de crianças constipadas também apresentam o sintoma. O discurso das mães denota autocobrança, exigência e dificuldades em estabelecer limites. No discurso paterno observou-se a falta de tempo, a desobediência das crianças, mães que impedem o exercício da função paterna e embaraço com a autoridade. Outros significantes colhidos e associados à constipação: trancar, não posso falar, calar; não se abrir; desconfiar; entupir; prender, não dar; desistir; não saber fazer; tinha que fazer. As respostas colhidas demonstraram, preliminarmente, que os discursos dos filhos e dos pais revelam conflitos inconscientes subjacentes ao sintoma da constipação intestinal funcional. As falas demonstram que o sintoma da criança está imbricado com questões referentes às funções da mãe, do pai e/ou à crise do casal (ex-casal) parental.

* Doutoranda e Mestra em pelo Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Graduada em Psicologia pela UFBA.

** Doutora e Mestre em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Especialista em Hepatologia Pediátrica pelo Centre Hospitalar de Bicêtre da Universidade Paris Sul, CHB-UPS, França, Especialista em Residência Médica pela UFBA e Graduada em Medicina pela UFBA.

*** Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Residência Médica Psiquiátrica pela UFBA. É Psiquiatra, Psicanalista e Supervisor Clínico.

**** Doutora e Mestra em pelo Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Pediatria pela Associação Médica Brasileira e Graduada em Medicina pela UFBA.

Palavras-chave: Psicanálise. Medicina. Criança. Pais. Fala. Sintoma.

ABSTRACT: The objective of the present study is to analyze the signifiers surrounding the symptom of functional intestinal constipation in the speech of children, adolescents and their parents. How does constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? The present study is prospective-qualitative, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age range between 3 and 18 years old, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO complex of the UFBA. The questionnaire, applied to 14 families, considered three aspects of the symptom: the real of the body, the symbolic (ideas) and the imaginary (affects). A lack of success with medical treatment was reported by the majority of patients (n=13). Out of the fourteen cases investigated, five mothers of constipated children also presented the symptom. The discourse of the mothers indicated self-demands, demands and difficulty with establishing limits. In the discourse of the fathers, a lack of time, disobedience of the child, mothers who hampered the performance of the paternal role and difficulties with authority were observed. Other signifiers collected and associated with constipation were: holding in, “I can’t speak”; silence; not open up; doubt; block; keep in, not give; give up; not know how to do it; having to do it. The responses collected showed, preliminarily, that the speech of the children and parents revealed unconscious conflicts underlying the symptom of functional intestinal constipation. The speech of the subjects demonstrated that the child’s symptom was involved in questions related to the function of the mother, the father and/or the parental couple (ex-couple) crisis.

Key Words: Psychoanalysis. Medicine. Child. Parents. Speech. Symptom.

2.1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa consiste na ampliação e no aprofundamento do estudo sobre o seguinte tema pesquisado em mestrado: “O saber dos Residentes de Pediatria, em Salvador - Brasil sobre os aspectos psíquicos da constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes”¹. A pesquisa foi realizada entre outubro de 2010 e janeiro de 2011; Motta et al.¹ concluíram que, apesar da constipação funcional representar uma condição bastante comum em crianças e adolescentes e possuir uma prevalência importante nas consultas do

pediatra geral e do gastroenterologista pediátrico, o conhecimento dos Residentes de Pediatria entrevistados em relação ao assunto foi insuficiente. Apesar de cientes dos aspectos psíquicos no processo da constipação funcional, entendiam esses fatores mais como consequências do que como fatores desencadeantes desse sintoma¹. Estes resultados demonstram a relevância do tema e a importância de mais pesquisas que objetivem instruir melhor pediatras e demais profissionais da área de saúde sobre os aspectos psíquicos envolvidos na constipação intestinal funcional. Sua causalidade de determinação múltipla requer tratamento de caráter multidisciplinar¹.

Balint a partir de 1949, na Tavistock Clinic em Londres, lançou as bases conceituais para uma psicologia médica². Agregou equipes comprometidas com a assistência para a conscientização dos aspectos inconscientes envolvidos no ato assistencial². O objetivo de sensibilizar os médicos para o desafio de encontrar-se nos limites do não saber diante da demanda de um indivíduo que se diz doente, esclarece-os sobre a necessidade de um diagnóstico aprofundado e transcende o domínio de sua formação universitária de base².

Nos casos em que os sintomas dos pacientes não apresentam causa orgânica, faz-se necessário que o médico compreenda a conversão somática e o mal-estar subjetivo da relação do paciente com seu sintoma³. Nesse sentido, Lacan⁴ enxerga uma possibilidade de o médico ir além das urgências da ciência positivista e da demanda capitalista do seu tempo. Freud⁵ escreve sobre a “importância da Psicanálise para a totalidade da formação médica e acadêmica”. O autor destaca o “esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e no seu tratamento”⁵.

Sob a perspectiva da medicina, a constipação intestinal funcional faz parte dos transtornos gastrointestinais funcionais que, atualmente, são definidos pelos critérios diagnósticos de Roma IV⁶, elaborados por um grupo de especialistas, como uma combinação variável de sintomas recorrentes atribuíveis ao trato digestório e que não podem ser explicados por anormalidades bioquímicas ou orgânicas. Para o diagnóstico de constipação funcional, de acordo com o Roma IV, há necessidade de que a criança, menor de quatro anos de idade, apresente pelo menos dois dos seguintes critérios, presentes durante pelo menos um mês: duas ou menos defecações por semana; história de retenção excessiva de fezes; história de movimentos intestinais dolorosos ou difíceis; história de fezes de grande diâmetro; presença de uma grande massa fecal no reto. Em crianças já treinadas para o uso do vaso sanitário, podem ser utilizados os seguintes critérios adicionais: pelo menos um episódio por semana de incontinência após a aquisição de

habilidades de higiene pessoal; história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário.

A definição médica sobre a constipação intestinal funcional recorta uma dimensão do sintoma: o real do corpo. Contudo, Lacan⁷ nos alerta que o corpo é constituído por três dimensões – registros “essenciais da realidade humana” – bem definidas e inseparáveis: o real, o simbólico e o imaginário⁸. Essa perspectiva faz cair por terra a visão dualista de Descartes sobre o homem, reduzido ao binômio mente-corpo⁹. É importante lembrar que o corpo, apesar de ser situado no registro imaginário, não existe sem o simbólico nem sem os orifícios reais (zonas erógenas como boca, ânus, ouvidos...) ¹⁰.

Os sintomas possuem o sentido simbólico de relações inconscientes que o sujeito mantém com seu dia a dia, com sua história e seu corpo, e isto é revelado no discurso¹¹. O sintoma, como o inconsciente, é estruturado como uma linguagem, “linguagem cuja fala deve ser libertada”¹², uma vez que seu significado está recalcado da consciência do sujeito¹². “Quanto ao sujeito do inconsciente”, diz Lacan, “ele engrena sobre o corpo” [...] “e ele só se situa verdadeiramente a partir de um discurso [...]”¹³. Freud¹⁴, por exemplo, a partir da sua escuta clínica, atesta que, no sintoma histérico ou conversão somática, o recalque é das ideias, enquanto que a carga psíquica de afeto, antes associada à ideia, é convertida para o corpo. Para Lacan¹², tanto o recalque quanto o retorno do recalcado estão sob o domínio linguístico; antes de algo ser recalcado, o conteúdo foi inicialmente registrado e reconhecido na ordem simbólica.

Dessa forma, a psicanálise define a constipação intestinal funcional (ou qualquer outro desconforto em que não se identifique causas orgânicas) como um sintoma, ou seja, um substituto – que sinaliza a necessidade de tradução – dos conteúdos inconscientes latentes, sobredeterminados e particulares de cada indivíduo¹⁵.

Lacan¹⁶ afirmou que as fezes adentram na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Durante o processo, na educação de higiene, a mãe dá duas ordens contrárias: retenha as fezes e solte-as! O pedaço que a criança tem medo de perder assume um determinado valor, especial, pois satisfaz esta demanda¹⁶. No momento em que a mãe começa a demandar da criança as fezes, elas deixam de ter unicamente a dimensão biológica e passam ao estatuto de *objeto* de valor a ser dado para alguém. As fezes são, portanto, simbolicamente, a “moeda de troca” da fase anal^{15,17,18}.

Na teoria freudiana do inconsciente, o conceito de fixação designa os modos de satisfação infantis e pré-edípicos (relação mãe-criança, anterior à entrada do pai na dinâmica do Complexo de Édipo) aos quais o sujeito regride e se mantém fixado. Freud¹⁹,

na Carta 52, explica que uma nova etapa ameaça causar desprazer e daí há uma tendência da criança a recuar à fase que lhe é familiar. Esse recuo impede que o processo de rearranjo psíquico ocorra e, por isso, há falha no mecanismo do recalque¹⁹. Daí o sintoma ser considerado, psicanaliticamente falando, o retorno do recalado; porque ocorre uma falha nesse ponto¹⁹. Na teoria da libido, a fixação define-se pela persistência do indivíduo em buscar formas de satisfação ligadas às etapas pré-edípicas (oral [sucção]), anal (retenção-expulsão) e fálica (masturbação). Sob o prisma da psicanálise, a retenção de fezes tem por objetivo manter a satisfação narcísica fixada à pulsão anal¹⁵. A constipação seria uma forma substituta de mediar a pulsão anal inconsciente *versus* os limites impostos pelos adultos inseridos em um contexto sociocultural específico¹⁵.

Pensando sobre a formação do sintoma, destaca-se a incidência da fala no sintoma^{11,17,20}. No caso da criança, os discursos dos pais contribuem para a formação do seu sintoma, uma vez que a criança encontra-se assujeitada ao desejo inconsciente daqueles²¹. Por isso, o sintoma da criança pode estar relacionado à subjetividade da mãe ou do casal (ex-casal) parental²¹, incluído aqui o pai. O conceito de pulsão é fundamental para a compreensão dessa dinâmica. A pulsão é um conceito entre o psíquico e o somático: libido que nasce no corpo e é atravessada pela linguagem^{22,23}. Do corpo parte o movimento pulsional em direção aos *objetos*²³. Os objetos podem ser o olhar, a voz, o cíbalo, os mamilos, o próprio corpo ou uma outra pessoa¹¹. O corpo, assim, é atravessado por fantasias particulares de cada sujeito e significados pela linguagem^{23,24}

O objetivo central da atual pesquisa é analisar na fala de crianças, adolescentes e pais, os significantes em torno do sintoma constipação intestinal funcional. A análise dará ênfase ao simbólico (significantes emergentes). Paralelamente, articular-se-á essa análise com a seguinte questão: como a constipação revela a subjetividade da mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Além disso, o presente manuscrito busca sensibilizar a equipe interdisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo.

2.2 MÉTODO

O presente estudo é um ramo da pesquisa de Doutorado que vem sendo realizada desde 2015 e objetiva fazer uma análise qualitativa do discurso das crianças, dos adolescentes e pais relacionados ao sintoma da constipação intestinal funcional. Os pacientes pediátricos, após diagnóstico médico de constipação intestinal funcional, foram

encaminhados e submetidos às entrevistas preliminares com função de tratamento breve. Para o propósito desse estudo, a constipação intestinal funcional foi definida segundo os critérios de Roma IV.

Trata-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com crianças e adolescentes, na faixa etária entre 3 e 18 anos de idade. Os pacientes, diagnosticados com constipação intestinal funcional e sob tratamento médico, foram encaminhados para a analista pela equipe médica do ambulatório de referência do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA.

Almejou-se uma aproximação da linguagem médica quando o formato de questionário (https://drive.google.com/file/d/18cpFvzNCbqwMnY6FyWxc_KLUHQg7NJi/view) (Apêndice F) foi construído, no *software* Sphinx, para parte da proposta do estudo inicial. Um total de 14 famílias participou do estudo. Após entrevista de acolhimento, o questionário foi aplicado sempre pela mesma pesquisadora. É importante salientar que crianças abaixo de 8 anos não responderam ao questionário pela sua complexidade, que é incompatível com a maturidade psíquica das crianças naquela faixa etária. Vale ressaltar que algumas questões relativas a essas crianças foram feitas às mães, uma vez que eram cruciais para o foco do estudo. O instrumento é composto por três domínios que se encontram imbricados na dinâmica psíquica acerca do sintoma, no caso, a constipação intestinal funcional: o real do corpo, o imaginário (dinâmica afetiva) e o simbólico (fala e conflitos psíquicos acerca do sintoma). O último campo do questionário – Parte IV – faz uma sondagem de resistências.

As condições nas quais o questionário foi aplicado foram, em geral, apropriadas. A sala tinha um ambiente adequado para atender as famílias e foi utilizada no turno em que médicos e secretárias não transitavam – o que facilitou a intervenção.

O primeiro campo – Parte I – foi investigado através de uma anamnese médica com oitenta e sete questões que incluíram perguntas sobre o que há de orgânico na queixa principal do paciente. Essa anamnese avaliou questões médicas e o histórico da constipação intestinal funcional.

O segundo campo – Parte II – é composto por vinte e seis perguntas referentes ao *Imaginário* (dinâmica afetiva) da criança ou do adolescente e da família em torno do sintoma da constipação. Como o paciente e sua família lidam com seu corpo, suas emoções e afetos, investigando até que ponto a criança ou o adolescente encontra-se aprisionado no imaginário dos pais.

O terceiro campo do questionário – Parte III – contém dezoito questões que contemplaram conflitos psíquicos na família em torno da constipação. Verificaram-se, nos discursos, os significantes que emergiram acerca do sintoma, assim como as questões inconscientes latentes, relativos às relações da criança com os pais e *vice-versa*.

As Partes II e III do questionário foram construídas a partir de recortes das entrevistas preliminares, sessões psicoterápicas e questionário de anamnese, realizados pela analista, durante o *Projeto Piloto** considerado como um pré-teste²⁵.

A **Parte IV**, com trinta e uma questões, tem como objetivo detectar possíveis resistências em falar sobre determinados temas.

O questionário foi apenas um instrumento utilizado; deu-se prioridade ao discurso dos pacientes e das famílias**. O foco foi identificar a incidência e os sentidos dos significantes, no discurso do paciente e dos seus pais, sobre o sintoma da constipação. A Análise de Discurso das respostas ao questionário tomou como referências teórico-metodológicas a Psicanálise, a Linguística e a Análise de Discurso de Pêcheux²⁶. A Análise de Discurso será referenciada a partir do terceiro momento da construção teórica de Pêcheux²⁶, quando o autor se afasta da teoria da ideologia de Althusser e se aproxima da Psicanálise lacaniana.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09).

Aos pacientes e responsáveis que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a assinar um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Este projeto foi aprovado pelo *Conselho de Ética do Hospital Universitário da UFBA*.

2.3 RESULTADOS

O presente estudo investigou 14 crianças portadoras de constipação intestinal funcional: 36% (n=5) são do sexo masculino e 64% (n=9) do sexo feminino. Prevaleram crianças nas seguintes faixas etárias: de 3 a 6 anos (n=5) e de 10 a 12 anos (n=5). A minoria encontrava-se na faixa etária de 7 a 9 anos (n=4). Seis pacientes (n=6) não tinham irmãos e oito (n=8) tinham irmãos. A maioria das crianças (n=12) era escolarizada e apenas duas não haviam frequentado a escola.

* Conferir página 14.

** Conferir página 13-14.

Todas as mães entrevistadas estavam acessíveis para a pesquisa. A maior parte (n=7) das mães estava na faixa etária de 40 a 49 anos; cinco mães, entre 30 e 39 anos e duas mães entre 20 e 29 anos. Dessas mães, quatro tinham ensino superior, seis tinham ensino médio e quatro, ensino fundamental. Onze mães trabalhavam fora de casa e três eram donas de casa.

Dez pais encontravam-se acessíveis à pesquisa, enquanto quatro não. Em relação à faixa etária dos pais, cinco tinham entre 40-49 anos de idade, sete pais de 30-39 e dois de 20-29. A maioria dos pais (n=8) possuía ensino médio, três, ensino superior e três pais cursaram somente o ensino fundamental. Todos os pais trabalhavam fora de casa.

Em todos os casos, o motivo principal da busca por ajuda médica foi a constipação intestinal. Em alguns casos, outros sintomas associados levaram os pais a procurar ajuda médica, como perda de peso, escape fecal, refluxo, gastrite, diarreia crônica e dores abdominais. A constipação, assim como os sintomas relacionados acima, foram relatados como o que mais incomodava no corpo da criança.

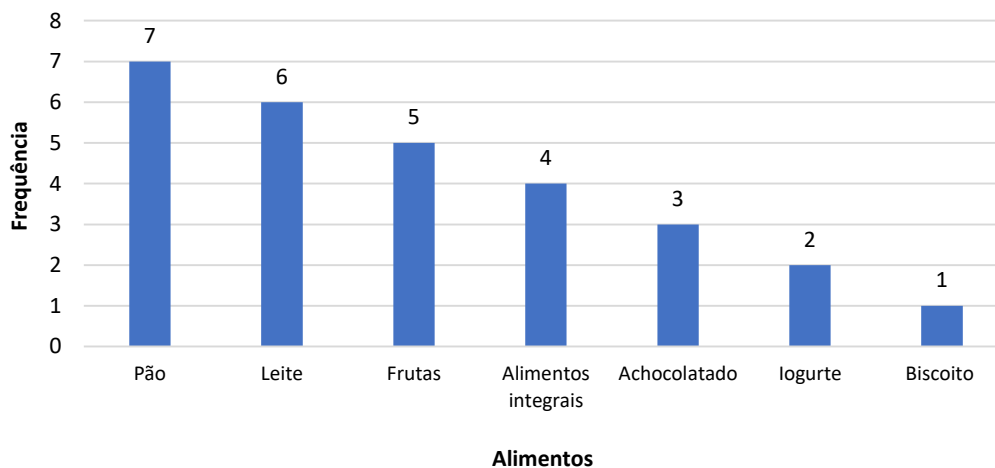
Apenas 2 crianças nasceram com baixo peso (peso <2500g), o restante com peso adequado para a idade (n=12). A maioria das crianças (n=9) apresentou evacuação nas primeiras 24h de vida. Somente duas crianças fizeram uso de incubadora e doze não necessitaram. Dos casos pesquisados, apenas três crianças precisaram de hospitalização após o nascimento. Contudo, a maioria das mães (n=9) descreveu dificuldades prévias nos seis primeiros meses de vida dos filhos, sendo a constipação relatada em três desses casos. No que diz respeito à amamentação, treze crianças foram amamentadas e doze receberam aleitamento materno exclusivo sendo que nove crianças receberam aleitamento materno exclusivo até seis meses e três, acima de seis meses. Apenas duas crianças não receberam amamentação exclusiva. Das treze mães que amamentaram, duas interromperam quando um bebê atingiu os 4 meses de idade e a outra, o aleitamento foi interrompido aos 6 meses. Os motivos de desmame foram retorno ao trabalho e falta de leite, respectivamente.

As respostas das mães referentes ao desejo de gravidez foram afirmativas em doze casos e negativas em dois.

Quando foram perguntados se mastigavam bem os alimentos, os respondentes optaram pelas seguintes alternativas: *mastigo bastante* (n=10) e *engulo ainda pedaços mal mastigados* (n=4). Ao se detalhar os hábitos alimentares, foi verificado que no café da manhã a maior frequência de alimentos citados foi: pão (n=7), leite (n=6), frutas (n=5), alimentos integrais (n=4), achocolatado (n=3), iogurte (n=2) e biscoito (n=1). Dez

pacientes faziam o lanche matinal consumindo: frutas (n=7), biscoito (n=6), pão (n=3), nescau (n=2) e alimentos integrais (n=1).

Gráfico 1 – Alimentos ingeridos no café da manhã



Fonte: Dados da pesquisa.

Quando indagadas sobre o almoço, todas as mães questionadas responderam que seus filhos faziam as refeições. Doze dos quatorze pacientes comem “Arroz e feijão”. Foram relatadas dificuldades da criança comer em cinco casos: “Fruta, ele não come nenhuma” (paciente J); “Come muito pouco: 4 colheres de cada coisa” (paciente Gb); “Se ele comer gordura, ele vomita” (paciente T). Dos sete pacientes que comem verduras no almoço, dois comem apenas um tipo de verdura (quiabo / abóbora). Seis comem salada, porém dois comem apenas um tipo: alface / tomate. Metade dos pacientes não se alimenta de verduras no almoço e demonstra resistência diante das leguminosas: “Na casa da avó paterna, desfia carne e frango (se ele ver, não come); bate as verduras batidas no feijão. Fruta, ele não come nenhuma”, diz a mãe do paciente J.

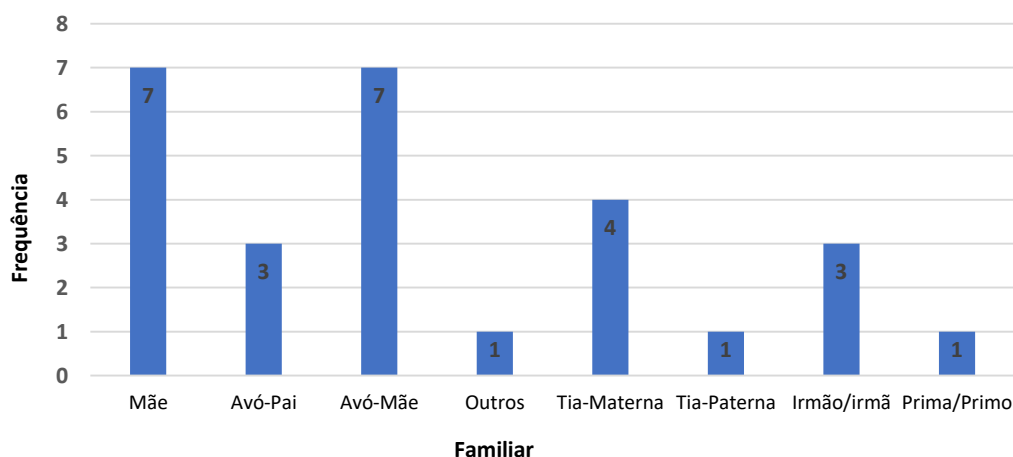
Todos os participantes realizam lanche vespertino composto por: biscoito (n= 9), frutas (n=7), pão (n=2), alimentos integrais e achocolatado (n=1; n=1). Treze pacientes jantam: sopa (n=7), pão (n=5), raízes (n=3), o mesmo que almoço (n=5), biscoito e achocolatado (n=1; n=1). Sete disseram que ceiam: leite/mingau (n=4), frutas (n=1), achocolatado (n=1). Dois pacientes (idade: 3 anos) fazem uso de leite e achocolatado (n=1; n=1).

Diversas mães (n=11) relataram que seus filhos foram acometidos por variadas doenças prévias. Dentre as doenças faladas, as que tinham associação com a constipação foram: gastrite (n=2), esofagite (n=2), inflamação no duodeno (n=1), alergia a glúten e lactose (n=1; n=1) e refluxo (n= 1).

Dez respondentes descreveram hospitalização anterior (n=10). Desses pacientes, seis foram hospitalizados somente uma vez, dois foram hospitalizados três vezes e os outros dois, duas e quatro vezes, respectivamente. Onze pacientes não foram submetidos a cirurgias. Das três crianças/adolescentes que realizaram procedimento cirúrgicos, dois passaram por somente uma intervenção e um paciente, por duas. Os motivos cirúrgicos foram fimose, hérnia, apendicite e vesícula.

Treze pacientes narraram a existência de constipação intestinal funcional na família. As mães (n=7) e as avós maternas (n=7) foram as mais afetadas por problemas intestinais, seguidas por tias maternas (n=4), avô paterno (n=3), irmão ou irmã (n=3), tia paterna (n=1) e primos (n=1).

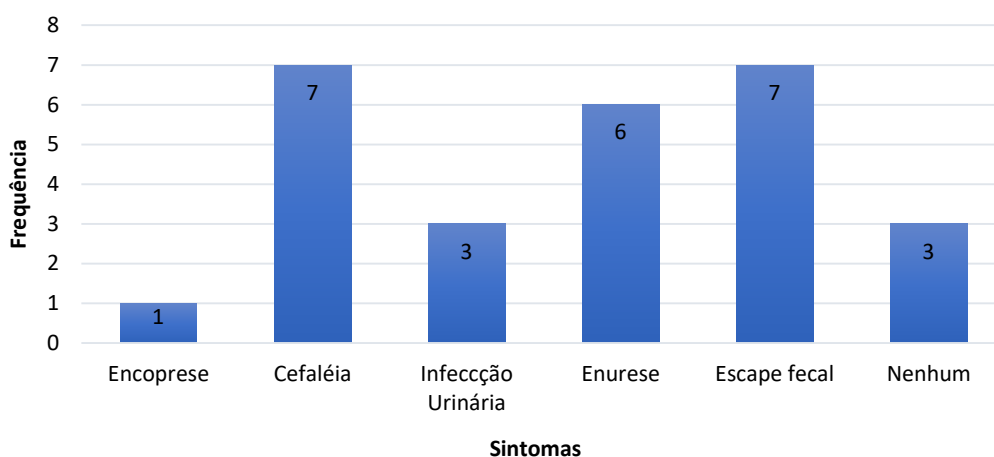
Gráfico 2 - Familiar com histórico de problema intestinal



Fonte: Dados da pesquisa.

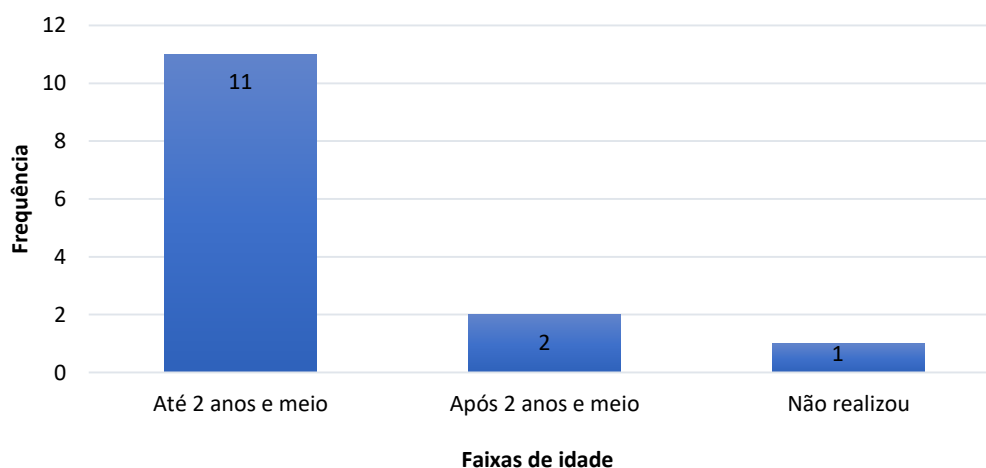
A incidência de dor abdominal afeta todos os pacientes, com ocorrência de 1-5 vezes na semana em onze casos e, eventualmente, em três casos.

O escape fecal (n=7), cefaleia (n=7) e enurese (n=6) são os problemas secundários mais escolhidos pelos pacientes na questão 69. Infecção urinária afeta três pacientes e, encoprese, um paciente apenas. Do total de pacientes, três não relataram problemas secundários.

Gráfico 3 - Sintomas associados

Fonte: Dados da pesquisa.

Na pergunta sobre o início do treinamento ao toaleta, apenas um paciente não passou pelo treino, onze realizaram o treinamento antes dos dois anos e somente dois após os dois anos e meio. Na questão relacionada às reações da criança, dez foram negativas e quatro positivas. Houve três relatos de medo do vaso sanitário: “Medo de cair”; “Não quer ficar no vaso (até hoje); diz que dói o bumbum. Quando o cocô vem, ela prende o cocô porque dói”.

Gráfico 4 - Início do treinamento no vaso

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda sobre o treino ao vaso, os pacientes expuseram com maior incidência: uso do urinol (n=10), mãe fala sobre evacuação (n=11), outros parentes falaram da evacuação (n=8), treino somente utilizando o vaso (n=5), na fralda (n=5) e pés apoiados (n=4). Foi relatado que ocorreu punição em dois casos durante o treinamento. No discurso das mães, observou-se exigência, ameaça, irritação e falta de tempo: “Às vezes eu fico nervosa [...]

Reclamo porque vejo que é só medo, que o cocô já está mole... Aí eu ameaço ela, que vou usar Minilax. Falo que ela tem que ajudar o cocô sair, que é sujeira, tem que sair”; “Às vezes eu me irritava porque estava sem tempo e ela queria ver o vaso, e a hora que a água desce”.

Notou-se resistência, em forma de objetivação, dos pais em relação às fezes (n=8) e com isto uma evitação do aprofundamento da questão. Por exemplo, o pai do paciente N afirmou: “Não tenho relação nenhuma com as fezes. Comeu, cagou e pronto”. Outros dois pais mostraram traços de subjetivação no discurso: “Eu acho minhas fezes (pausa) eu até brinco [...] Oh que bosta bonita. Eu comi tão bem ontem e hoje eu soltando umas fezes feia [...]” (Pai do paciente F). Nessa mesma questão, as respostas das mães expressaram maior subjetivação em relação às fezes (n=7) do que as respostas dos pais, e sinais de resistência diante do tema em sete respostas. Por exemplo, na primeira frase a seguir percebe-se um nível de subjetivação; enquanto que na segunda, a mãe, inicialmente, negou seu incômodo com as fezes e, posteriormente, revelou o desejo de distanciar-se das mesmas: “Quando eu faço, eu quero me livrar o mais rápido possível. Que tudo vai ficar com aquele odor” (Mãe da paciente L); “Tranquilo. Eu aceito bem, não tenho nojo. Ele (o cocô) lá e eu cá, tudo certo” (Mãe da paciente Ls).

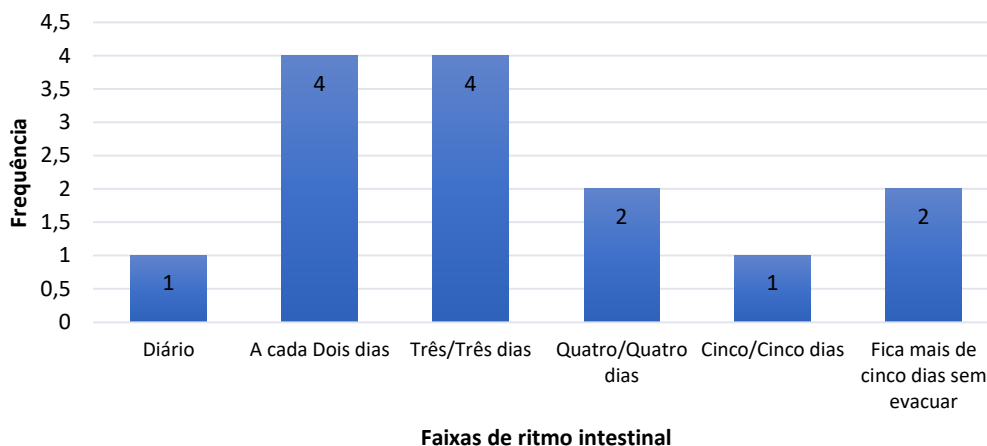
Obtiveram-se onze respostas na pergunta sobre a relação do paciente com as fezes. Oito respondentes utilizaram os significantes “nojo” ou “nojento” para se referirem às fezes. Todos os relatos demonstraram uma certa subjetivação da criança com as fezes e assuntos associados (sujeira, morte, “medo”, dor, “buraco”) como se vê nos fragmentos discursivos seguintes: “Nojento [...] Porque o cocô gruda muito na sua mão. Eu acho que a minha mão vai dar infecção, e eu vou morrer; comendo todo eu de bicho. Tenho medo de morrer” (paciente Gb); “Eu deixo de fazer porque o traseiro fica doendo, ardendo” (paciente Ls de 7 anos). A mãe de N (2 anos) afirmou: “O problema dela é maior com o buraco do que com o cocô”.

Oito crianças/adolescentes queixaram-se de alteração do sono ou irritabilidade noturna, enquanto seis não.

O ritmo intestinal dos pacientes variou nas frequências a seguir: *a cada dois dias* (n=4), *de três em três dias* (n=4), *de quatro em quatro dias* (n=2), *mais de cinco dias sem evacuar* (n=2) e *diariamente* (n=1). No que diz respeito ao aspecto das fezes, *cíbalos* foi selecionado nove vezes pelos respondentes; *fezes endurecidas*, sete vezes; *pétreas e pastosas* (três vezes cada) e *aspecto amolecidas* (duas vezes). Dos quatorze pacientes, apenas um apresentou sangramento, todas as vezes, ao defecar; dois, raramente; cinco,

algumas vezes e sete pacientes não sangram ao evacuar. Na questão sobre dor ao defecar, das opções listadas pela pesquisadora, sete pacientes escolheram a alternativa *algumas vezes*; três, *todas as vezes*; três indicaram *não* e apenas uma criança/adolescente, *raramente*.

Gráfico 5 - Ritmo intestinal



Fonte: Dados da pesquisa.

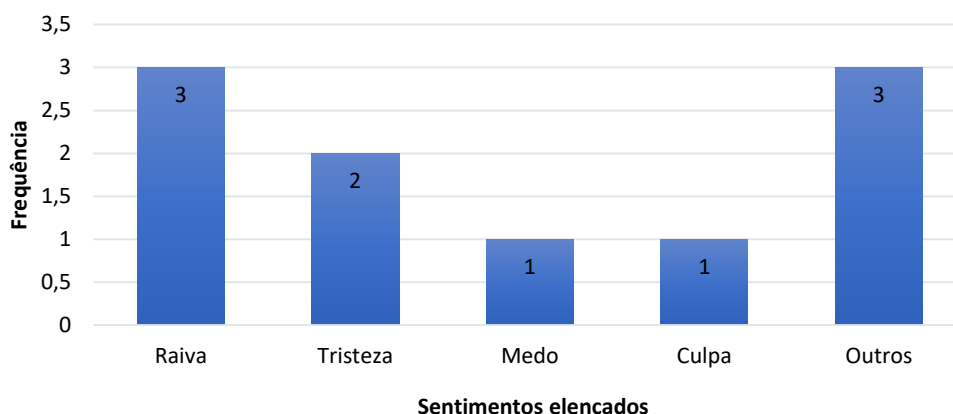
Concernente à idade em que ocorreram as mudanças intestinais, sete mães escolheram a opção, *de 1 ano até 2*; três mães optaram pela resposta *acima de 3 anos* e duas mães responderam *de seis meses a 1 ano*. Apenas dois pacientes tiveram mudanças no ritmo intestinal nos dois primeiros meses de vida.

Das crianças entrevistadas, treze haviam passado por tratamento médico (n=12) e nutricional (n= 4) antes de iniciarem o tratamento e apenas uma não foi submetida a tratamentos prévios. O insucesso no tratamento médico exclusivo foi relatado por 13 pacientes. O tempo de tratamento, segundo as mães, durou mais de dois anos, em sete pacientes; entre um ano e um ano e meio, em 3 pacientes; e até seis meses, em 4 pacientes. A maioria das crianças foi acompanhada por médicos por um período acima de um ano (n=10). Conforme a narrativa das mães, verificaram-se as consequentes intervenções: Muvinlax, Lactulona, Almeida Prado, Estimulante, Leite de Magnésia, Agarol, Simbioflora, Simeticona, Minilax, Omeprazol, Buscopam, Dimeticulona, lavagem, supositório, óleo mineral, chás. Para a maioria dos pacientes foi prescrita a medicação Muvinlax (n=9) e sete pacientes fizeram uso de supositório.

Quando as crianças / os adolescentes foram indagados sobre os sentimentos mais frequentes que emergiam em relação ao pai, os afetos mais escolhidos foram *raiva* e *tristeza*. Outros sentimentos falados (que não se encontravam na lista de escolha) por três

crianças foram “compaixão”, “ódio” e “culpa”. Em relação à mãe, os afetos mais frequentes nas repostas também foram *raiva* e *tristeza*. Na opção *Outros* uma adolescente falou do “amor” e dos “ciúmes” que sente da mãe com a irmã; e um outro adolescente respondeu que sentia “amor” pela mãe e “culpa quando mente” para ela. Apenas uma respondente explicou o sentimento de *tristeza* em relação a sua mãe: “Fico triste porque eu gostaria de morar com minha mãe”.

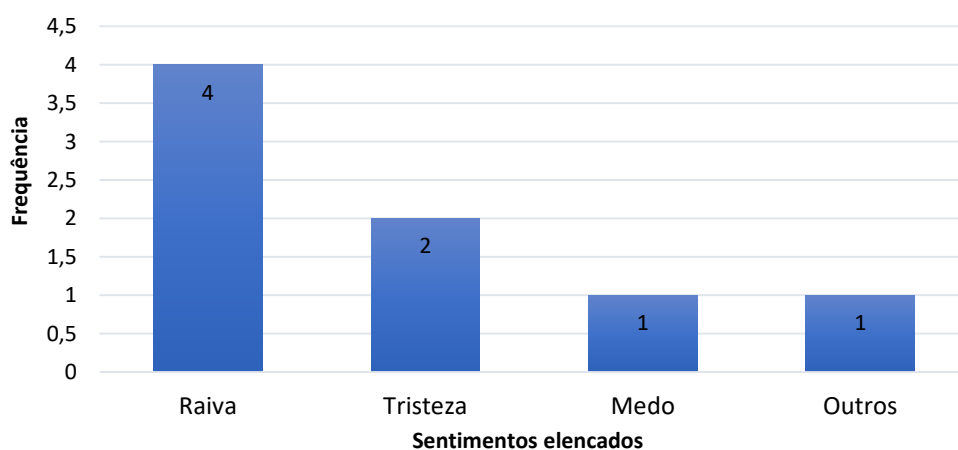
Gráfico 6 - Sentimentos da criança em relação a mãe



Fonte: Dados da pesquisa.

Os mesmos sentimentos que foram escolhidos com mais frequência pelas crianças e pelos adolescentes relacionados aos pais, também foram os mais frequentes nas repostas em relação à dificuldade de evacuar: *raiva* e *tristeza*. Uma criança de 8 anos de idade falou da sua “preocupação” frente à fala de ameaça da mãe caso ela não evacuasse: “Só fico preocupado quando minha mãe fala que, se eu não fizer cocô, eu vou pro médico tomar mangueirada”.

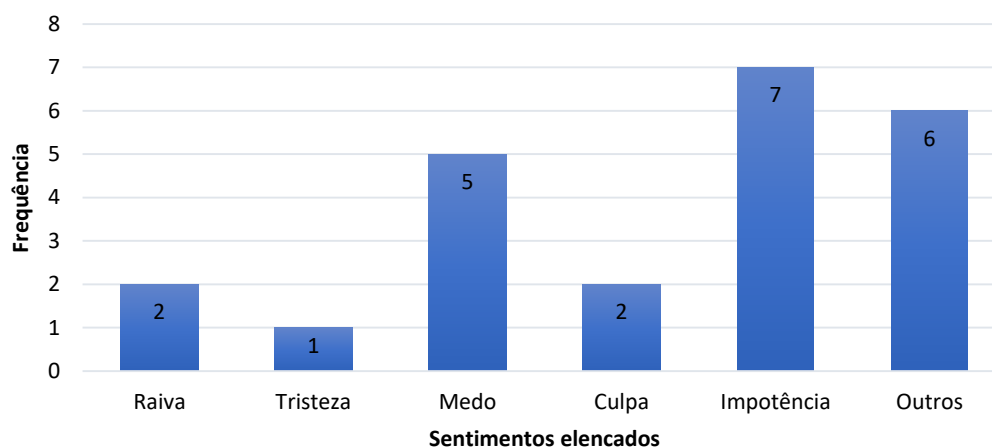
Gráfico 7 - Sentimento da criança em relação a dificuldade de defecar



Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência maior dos sentimentos das mães em relação aos filhos foram: *impotência* e *medo*. Nessa mesma questão, outro aspecto que apareceu nas falas das mães em relação aos seus filhos foi o desejo de protegê-los: “Acho que protejo ele pouco; na minha gravidez passei muita raiva e estresse”; “Às vezes eu vejo que não sou muito presente no dia a dia da alimentação porque estou trabalhando”. Duas mães mencionaram a palavra “amor”. Uma mãe explicou o sentimento de *raiva* em relação à filha: “A única coisa que tem nela que eu não sei se é mania... que chamo ela três, quatro vezes e ela não responde não”. Essa mesma mãe relata a mesma queixa em relação ao pai: “Ele tem a mesma mania... de não responder quando falo. Essa parte daí me estressa”.

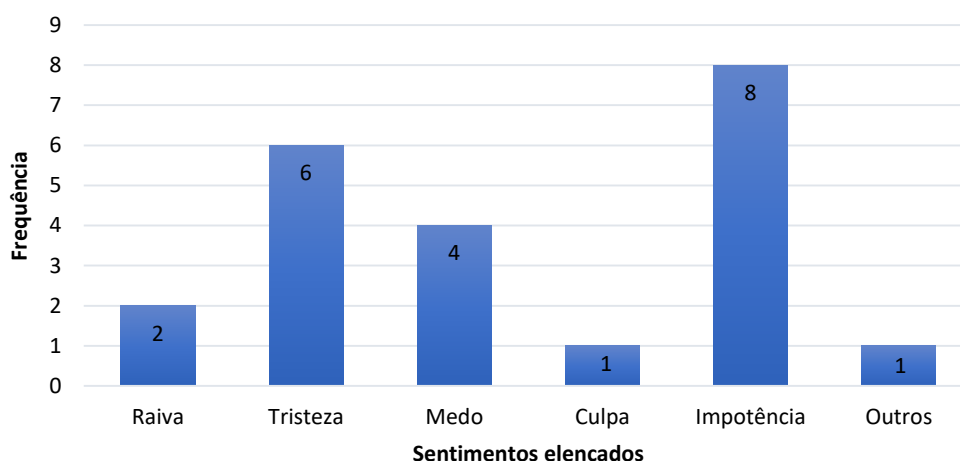
Gráfico 8 - Sentimentos da Mãe em relação ao filho(a)



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao *medo* uma mãe associou à ausência paterna: “Medo de ele crescendo e o mundo que a gente tá e eu sozinha para criar ele”. Uma segunda mãe falou do seu “medo de perder” a filha e chegou a antecipar a pergunta seguinte quando associou esse medo à constipação: “Medo do pior acontecer com ela: se eu perder a minha filha! Quando ela começa com essas dores”.

Os sentimentos das mães em relação à constipação dos filhos foram: *impotência*, *tristeza* e *medo* (em ordem decrescente). A opção *raiva* diante do sintoma da criança foi escolhida duas vezes; culpa apareceu uma vez apenas. Uma mãe, na sua fala, explicita os motivos do *medo* e da *impotência* diante da constipação da sua filha adolescente: “Medo dela não se cuidar e morrer por isso. E eu não poder fazer alguma coisa”.

Gráfico 9 - Sentimentos da mãe em relação a constipação do paciente

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionadas se batiam no(a) filho(a) ou ofendiam com palavras, dez não responderam, três disseram “não” e apenas uma mãe afirmou que batia na filha e xingava.

A fala das mães, quando perguntadas sobre os sentimentos em relação ao pai da criança, expressou em sua maioria crise do casal ou ex-casal parental. Dos afetos elencados pela pesquisadora, os sentimentos mais frequentemente marcados pelas mães em relação ao pai da criança foram: *tristeza*, *raiva* e *medo*. Outros afetos que surgiram espontaneamente no discurso das mães variaram desde “saudades” e “falta” (num tom de queixa) até “estresse”, “indiferença”, “ódio” e “vingança”. Respostas como: “Ele fica pouco tempo com os filhos”; “Sinto falta da presença dele comigo e com os filhos”; “Pra mim ele deixou de existir na face da Terra”; “Raiva, ódio, náuseas. Tudo de ruim...”; “Não tenho nada não. Às vezes tenho medo que o pai não saiba reagir com o filho”; “Nenhum sentimento”; “Ele não é aquele paizão... eu tenho que virar e fazer tudo”. Apenas uma mãe falou de forma positiva sobre o marido: “Amor e respeito”.

Dos quatorze casos investigados, cinco mães de crianças constipadas também apresentam o sintoma. Quando questionadas sobre os sentimentos em relação a sua própria constipação, respostas semelhantes a como se sentem diante da constipação dos filhos vieram à tona: “impotência”, “medo” e “tristeza”: “Fico com raiva também”; “Tem horas que a gente tem raiva e medo de gerar coisas graves como doenças”; “Impotente também porque não tenho como comprar alimentos adequados, fazer academia. Estou muito trancada dentro de casa; estou muito deprimida”; “Agora eu não acho normal. Nem sei dizer assim. Eu não tenho raiva, só se for tristeza mesmo. Tem tempos que eu passo quinze a vinte dias sem ir”; “Indisposta às vezes, e aquele peso na barriga quando não faz a

digestão [...] Fico mais estressada, mais tensa [...] fico irritada, mais do que quando a mulher está naqueles dias”.

As respostas dos pais relativas aos sentimentos diante do sintoma dos filhos equivaleram às respostas das mães: tristeza, medo e impotência. Algumas frases foram particulares dos pais: “nenhum sentimento”; “Eu tenho esperança que ela logo vai se curar. Que seja uma coisa mais de infância”; “preocupado”.

Quando indagados sobre os sentimentos em relação à mãe da criança, apenas dois pais demonstraram cumplicidade nos seus discursos. Um pai falou de “amor” e outro de reconhecer a presença da mãe. A maioria das respostas referiu-se a culpa, raiva, medo, tristeza, preocupação e desconfiança: “Preocupação de que ela consiga fazer lá com ele o que a gente quer que ela faça: atenção e cuidado”; “Deixo a pessoa quebrar a cara. Não quer ouvir... então deixa o tempo dizer”; “Eu fico assim um pouco triste pela situação, entendeu? Eu sei que C é uma mãe que sempre tá presente, mais do que eu [...]”.

Na questão sobre como o pai percebe a relação com os filhos e dificuldades, registrou-se a falta de tempo, a desobediência das crianças, as mães impedindo o exercício pleno da função paterna e um certo embaraço dos pais com o lugar de autoridade. Seguem alguns exemplos dos discursos investigados: “Tempo corrido. Às vezes a presença é mais da mãe”; “A minha dificuldade maior em relação à criação é a falta de obedecer mesmo”; “Eu queria que ela fosse mais obediente. Precisa aumentar a voz, ficar sério, ameaçar de alguma coisa que ela goste, pra ela fazer o que tem que fazer”; “Eu penso que ela (a mãe) que faz coisa na cabeça dele. Acho que ele pode tirar minha autoridade. Se eu baixar a guarda, aí ele vai dominar a situação. Por isso sou severo também”. Nessa mesma pergunta, três pais referiram-se ao relacionamento com os filhos como “bom” ou “ótimo”. Contudo, no decorrer da fala, surgiram contrapontos como os exemplificados acima.

Na pergunta 115 do questionário, *Você tem alguma dúvida ou conflito em relação à constipação do seu filho (da sua filha)? Quais?* Dos dez pais que responderam, somente um falou sobre sua implicação no sintoma do filho, quando o próprio se questiona se a separação e a traição influenciaram na saúde da criança. Um segundo pai relata: “Acho que a gente falhou... a gente deve ter falhado”, percebe-se uma implicação latente, apesar do pai atribuir, conscientemente na frase que segue, a falha do casal parental à alimentação: “A gente tinha que ter levado numa nutricionista. No interior da consciência vem uma culpazinha”. Angústia frente ao insucesso do longo tratamento médico e busca por soluções imediatistas aparecem nos discursos dos pais: “[...] não existe nenhum remédio para ela evacuar. Tanto tempo tratando [...]”; “Um diagnóstico mais preciso. É glúten, é lactose?”

Um outro exemplo é o pai de Ls que se nega a entrar em contato com a gravidade da constipação da filha, ao deslocar sua preocupação para o soluço: “E aí o preocupante pra gente é quando ela fica com aquele negócio, com o soluço, entendeu? Mas livrando isso aí, não noto nada fora do normal não”. Nessa mesma tendência, metade dos pais (n=5) afirmou que não têm dúvidas ou conflitos sobre a constipação dos filhos.

Às vezes, quando a criança não consegue falar alguma coisa importante, ela adocece. O que você pensa que seu (sua) filho(a) está querendo dizer com a constipação intestinal funcional? Exclusivamente quatro pais fizeram uma leitura subjetiva do sintoma. A constipação dos filhos é traduzida, por diferentes pais, quando expõem as seguintes dificuldades: consequência da crise do casal parental; quando a filha está “triste” e “quieta”; “Porque ela não falou... enquanto ela puder maquiagem, ela sempre esconde [...]”; “Eu acho que o que afeta nela é que a gente corta muito as coisas dela e ela se prende nessa parte”. O restante dos pais (n=6) não subjetivou as possíveis causas do sintoma. Apareceram questões como: delegar a descoberta à analista, negar qualquer associação, assim como atribuir o sintoma apenas à hereditariedade e/ou ao erro alimentar.

Quando questionadas sobre quem dá os limites aos filhos, as respostas das mães variaram entre *tias, avós maternas* e a *mãe*. Apenas três mães afirmaram que os dois (a mãe e o pai) dão limites aos filhos. Dessas, uma retificou: “Eu dou mais, ele [...] (o pai) ... dá menos”.

Sobre a questão se a criança aceita os limites impostos pelos adultos, apenas duas mães responderam com firmeza que “sim, aceita”. As outras mães ou davam respostas contraditórias ou diziam claramente que os filhos não aceitavam as regras. “A maioria das vezes ela ouve. Algumas vezes sim, outras não”. Ao falarem de limites, duas mães queixaram-se dos pais das crianças. Uma relatou que o pai “não é firme” e outra que “o pai abandonou”.

A maior parte dos pais concordou que as mães dão limites aos filhos, contudo salientaram que elas desautorizam a inclusão da lei paterna. Nove pais relataram problemas de obediência e apenas um fala que a filha é “uma menina bastante obediente”.

As opiniões das mães em relação ao relacionamento do casal ou ex-casal, em geral, denotaram crise explícita ou velada. Significantes como “traição”, “briga”, “separação” e “conturbado” apareceram nos discursos das mães. Das quatorze respondentes, apenas uma indicou que o relacionamento é mais estável; outra mãe atribuiu ao nascimento da filha a decisão do casal parar com as brigas.

Ao comparar as respostas das mães com as dos pais, nota-se que um número menor de pais (n=6) queixou-se do relacionamento: “Briga”, “Cobrança”, “Não tem como continuar [...]” (caso G); “Até os 9 meses de gravidez, saíamos muito. Quando J nasceu [...] não podíamos mais sair, aí começou a desgastar” (caso J); A gente tem uma certa dificuldade de compreensão. Meu pai ditava uma regra e era regra. A minha esposa desfaz a regra [...] Já andei à beira da separação” (caso Gb); “Devido a questão do trabalho, filho dormindo no meio da cama... nós nos acostumamos um com o outro. A gente não tem uma vida sexual muito ativa” (caso MIs). Por outro lado, quatro pais falam do relacionamento de forma positiva usando os termos: “alegre”, “normal”, “maduro”, “bom” e “amor”.

No item, *Como você se descreveria como pai?* A maioria dos pais se percebeu como um “bom pai”: “Um bom pai. Porque sou carinhoso, brincalhão, divertido” (caso AJ); “Eu já tento ser um pai amoroso, sempre dar o que eles me pedirem” *versus* “Só dou as coisas a eles quando eu posso” (caso F).

As mães, em geral, autoavaliaram-se positivamente: “boa mãe”, “cuidadosa”, “preocupada”, “dedicada”, “protetora”, “presente”, que “acompanha”. Contudo, a narrativa das mães expressou autocobrança, exigência e dificuldades em estabelecer limites: “intolerância”, “pouca paciência”; “[...] nunca está perfeito”; “[...] ele dorme na minha barriga [...] no mesmo quarto, na mesma cama” e “Não sei se sou uma boa ou uma péssima. Ela consegue tudo que quer de mim”.

Quando perguntados sobre infância e adolescência, a maior parte dos pais falou de ausência paterna por abandono (n=7) ou morte (n=1) como os exemplos seguintes: “não conheci meus pais”; “não tive pai”; “meu pai separou de minha mãe”; “pai faleceu quando eu tinha oito meses”. Diante da ausência paterna, em dois casos ocorreu o deslocamento da função paterna para o irmão mais velho: “Função de pai? Meu irmão mais velho”; “O irmão mais velho, tenho como se fosse meu pai”.

Houve referência à necessidade do trabalho na infância e adolescência (n=4): “Foi mais ou menos. A gente teve que trabalhar. Meus pais se separaram; eu fiquei como arrimo de família”. Em seis casos os pais descreveram positivamente a infância e adolescência (n=6) como, por exemplo: “Brincava, viajava, ficava muito com a família. Pirraçava os primos; [...] muito bacana, muitos primos. A família muito unida”.

Na mesma questão, relativa à infância e adolescência, as respostas de várias mães giraram em torno de abandono, ausência materna e paterna (simbólica e/ou real), agressão física e verbal entre os pais e/ou com os filhos, muito trabalho, poucas brincadeiras e pouco estudo. Apenas duas mães falaram de maneira positiva sobre a infância e a adolescência,

com contradições como: “Foi maravilhosa!” *Versus* “Meu pai morreu quando eu tinha 4 anos de idade”.

Na autoavaliação dos pais em relação à função paterna, as alternativas marcadas com maior frequência foram: *presente e forte* (n=7). Em segundo lugar, os mais frequentes foram: *exigente* (n=4) e *frágil* (n=4). A maioria das autoavaliações dos pais não correspondeu ao que foi identificado, na escuta da analista, ao longo das entrevistas. Isto denota uma dificuldade da maioria dos pais de pensar sobre sua função. Poucos pais mostraram-se divididos diante da sua função, por exemplo: *permissivo e frágil versus presente; forte versus ausente; presente versus frágil*.

No processo de autoavaliação da mãe, apareceu com mais frequência a alternativa: *controladora* (n=10). Em segundo lugar foram escolhidas as características: *exigente, cuidadosa e superprotetora* (n=9). Consecutivamente, *tranquila* (n=7), *cuidadosa em excesso* (n=5) e *permissiva* (n=4).

Nas respostas de dez mães, detectou-se a dificuldade em dar limites e a confusão entre dar limites e exigir. Os significantes “teimosia” e “não obedecer” surgiram constantemente nos discursos das mães: “Tenho que falar várias vezes para ele fazer o que estou mandando”; “Só é que ele não gosta de ser mandado por ninguém; não gosta de obedecer. Ele tem a opinião dele e não gosta que ninguém mude”. Alguns aspectos chamam atenção nas respostas das mães como: a dificuldade da criança em falar sobre questões que a incomodam, dúvidas da mãe quanto à escolha pela maternidade e suas respectivas funções e, frente à ausência paterna, a ilusão da mãe de poder exercer as duas funções (do pai e da mãe): “Ele é difícil de falar quando o assunto incomoda” (caso J); “Eu me sinto com poucos recursos para oferecer a ela... se eu não tivesse, se eu soubesse que era assim, eu teria feito a mesma opção? De tê-la?” (caso N); “Tendo o motivo do pai ser ausente. Eu mesmo faço o papel da mãe e do pai” (caso R).

Quando perguntado se as mães tinham alguma dúvida ou conflito em relação à constipação de seu filho, quatro relataram não ter dúvidas. Algumas atribuem a constipação a causas biológicas e genéticas. “Não. É genético porque eu e minha irmã temos [...] Na escola, por exemplo, quando ele vai no banheiro os meninos ficam empurrando a porta e aí ele diz que prende”. Outras genitoras começam a esboçar conflitos e ideias que transcendem o biológico: “Eu acho que isso acontece por ela estar longe de mim; fico na dúvida. Não sei se é porque tá longe ou perto”; “Conflito da minha impotência de poder mudar isso. Essa minha dificuldade da rotina [...] que eu sei que preciso [...] tenho muito pavor de cozinhar [...] Devo ter algum trauma com minha mãe”; “A rotina do trabalho e de

casa, ainda não consegui um equilíbrio entre as atividades profissionais e as atividades de casa e da família; aí as coisas de casa, faço sem prazer”.

Muitas explicitaram dúvidas sobre o motivo do filho apresentar constipação e apenas uma atribuiu a dificuldade do médico de descobrir a causa: “Meu Deus, será que isso aí vai ser curado? E não tenho dúvidas: não fui eu que coloquei a doença nela [...]”; “A dúvida é que eu fico pensando se é só o intestinal mesmo ou se alguma coisa emocional está interferindo. Porque eu sempre tive, e achava que era uma coisa normal”; “Eu acho, doutora, que tem algo que o médico ainda não conseguiu descobrir. Porque uma criança nessa idade, sentir tanta dor”.

Nas respostas das mães sobre o que o filho quer dizer com a constipação intestinal, a expressão “não sei” surgiu diversas vezes. Em duas respostas, as mães associaram o sintoma como uma demanda da criança pela mãe. E uma mãe associou a constipação ao “nervoso” da filha, assim como a uma demanda da criança pelo casal parental: “Às vezes ela fica nervosa, não sei se é por conta disso. Quando o pai viaja, ela está mais sensível. Se eu sair de perto, ela sente dor”. Novamente surgem significantes, referentes à dificuldade de falar, que circundam o sintoma da constipação: “tranca”; “não fala”; “calado”; “não se abre”; “desconfiada”. Uma mãe diz que a filha “não fala de qualquer tipo de dor”.

Na questão *Quais as dificuldades e conflitos com a sua mãe? E com o seu pai?* Em relação à mãe, chamou atenção que metade das crianças/adolescentes associaram o significante mãe com “nada”, “não tenho nada” (“só ciúmes”); “nada é difícil”. Ao aprofundar essa questão, aparece o conflito com a entrada do pai no triângulo familiar. Dos seis respondentes (com idade acima de 8 anos), cinco relataram um relacionamento difícil com o pai: “ele não compreende”; “com meu pai tudo é difícil”; “ele bebe, fica xingando todo mundo”; “grosseiro”; “bate”; “briga”; “não sai comigo”; “não dá as coisas”.

Finalmente, na Parte IV do questionário, nota-se que na maioria das respostas dois aspectos caminham lado a lado: desejo de falar, de curar *versus* resistência a implicar-se na construção do sintoma. A resistência surge de forma velada quando os respondentes explicitam que as perguntas suscitaram poucos incômodos. Nas questões que abordaram agressão verbal e física, os resultados demonstraram que o tema questionado é um assunto delicado a ser investigado antes que se construa uma relação de confiança com a analista. No entanto, quando questionadas se batiam na criança, dez não responderam, duas responderam “sim” e duas, “não”. Uma outra faceta da resistência apareceu quando alguns pais demandaram uma solução médica rápida e/ou delegaram à analista o pensar sobre os aspectos psíquicos imbricados no sintoma da constipação.

2.4 DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a palavra “constipação” pode ter vários significados, e a forma como é interpretada pode diferir não só entre os pacientes, mas, também, entre as diferentes culturas e religiões. Trata-se de uma visão integrada, biopsicossocial, na qual os sintomas seriam plurideterminados e modificados por influências socioculturais e psicossociais, em que as crenças e atitudes dos pais, assim como das crianças, em relação ao sintoma, são fatores apontados como sendo de alta relevância na compreensão e abordagem adequada da saúde infantil²⁷.

As mulheres, em geral, relatam uma maior incidência de constipação do que os homens²⁸. Nessa pesquisa, houve maior número de crianças do sexo feminino, dado que é concordante com a literatura. Pode-se observar ainda que, em relação à ocorrência de constipação na família, o sintoma esteve presente em 93% dos familiares dos pacientes e, em geral, foi referido em parentes do sexo feminino²⁸.

Outro aspecto a se pensar é que, se a constipação na criança vai gerar preocupação dos pais, resultando em utilização dos cuidados de saúde ou não, isto também dependerá tanto das suas experiências anteriores, quanto das percepções e dos discursos, destes e dos filhos, sobre os sintomas. Em geral, por exemplo, os pais apresentam expectativas irreais sobre idade de retirada de fraldas, sem ter noção do desenvolvimento infantil, o que pode gerar consequências adversas como: punições, negligência, abuso e desencorajamento. A aquisição da independência da criança no uso do banheiro não apenas requer o domínio de linguagem, mas também motor, sensorial, social e psíquico²⁹. A maioria das crianças iniciou o treinamento ao toalete antes dos 2 anos. Sabe-se que o início precoce do treinamento esfinteriano e eventos estressantes durante esse período podem prolongar o processo de treinamento, além de desencadear uma maior frequência de constipação, encoprese, recusa em ir ao banheiro e sintomas urinários.

Partindo-se do princípio que sintoma é o retorno das ideias inconscientes reprimidas¹⁵, aquilo que se encontra no discurso reflete nas mazelas do corpo e vice-versa. Logo, o sintoma está diretamente relacionado com o fato do psiquismo humano ser constituído pela linguagem. Escutar os discursos acerca da constipação é um caminho para investigar-se as ideias inconscientes.

Aqui entra a função da analista que passará a ser aquela que empresta a sua pessoa para quem o paciente depositará, sob transferência, suas experiências inconscientes por

meio da cadeia associativa^{30,31}. Primeiro o paciente traz o incômodo que está na parte consciente do sintoma; aquilo que não está resolvido é transferido.

É crucial que a analista se ponha em atenção flutuante* e demande ao analisando que fale o que lhe ocorrer na mente; criando, assim, a regra fundamental da psicanálise: a associação livre^{30,34}. A técnica é a associação livre: a fala do paciente possibilita que significantes desconhecidos venham à tona, como, por exemplo, por um ato falho. Esses significantes estão na parte inconsciente do sintoma. É através da escuta significativa que a analista traduz as significações diversas do discurso do paciente e abre novas cadeias para que o sujeito trilhe outras saídas para seus conflitos.

Essa dinâmica também abre espaço para que a analista interprete. No caso da criança constipada, pode-se fazer uma leitura da posição alienada em que se encontra em relação à mãe. Ao mesmo tempo, possibilita que a analista interprete o desejo da criança que a função paterna se faça presente, desalienando-a da demanda da mãe. A criança começa a descobrir que não precisa prender as fezes para apropriar-se do seu desejo; ao dar palavras ao sintoma, ela escuta outras formas de ser ativa no seu processo de crescer.

Ao responderem o questionário, os discursos das crianças, dos adolescentes e dos pais atestam como o sintoma da criança está imbricado com questões relativas à subjetividade da mãe, do pai, e/ou do casal parental. Muitas vezes os três encontram-se entrelaçados quando, por exemplo, em um dos casos investigado nesse estudo, o pai se queixa que a mãe não lhe dá acesso na formação dos filhos, a mãe diz que o pai é ausente, e a criança fala que os pais a colocam no meio da briga deles.

Em relação à subjetividade da mãe, o que acontece com o sujeito criança que desenvolve uma constipação intestinal funcional? Na fase anal, a mãe é quem demanda quando e onde a criança evacua. Ao falar sobre esse momento, a mãe enuncia alguns significantes como: “nervosa”, “medo”, “ameaço”, “o cocô tem que sair”, “sujeira”.

A criança, por sua vez, só dá as fezes quando ela quer responder a essa demanda. É preciso dar o tempo para a criança parir esse fruto, dar as fezes para a mãe. Quando dará esse fruto por amor? O tempo é particular de cada criança. Nesse momento, ela deixa de ser o “objeto amado”, para se tornar aquele que deseja, que ama. Assim, Lacan, no

* **Atenção Flutuante:** “Esta recomendação essencial que define a atitude subjetiva do psicanalista quando escuta o seu paciente foi enunciada e comentada por Freud, sobretudo em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*³². Consiste numa suspensão tão completa quanto possível de tendências pessoais, preconceitos, pressupostos teóricos. [...] o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente. Essa recomendação técnica constitui o correspondente da regra da *associação livre* proposta ao analisando”³³.

Seminário 8, metaforiza o amor³¹. Este se faz presente enquanto “terceiro termo” simbolicamente falando³¹. Os seguintes significantes das crianças participantes dessa pesquisa revelaram a fixação na fase anal: “nojo”, “nojento”, sujeira, morte, “medo”, dor, “buraco”.

Quanto ao pai, ele é mediado pela mãe, que é quem o instaura como lei. O pai interdita a relação incestuosa retirando a criança do lugar de falo imaginário da mãe¹⁸. O pai real, suporte da lei e presença privadora, é o agente da castração que proíbe a mãe de gozar do corpo da criança e vice-versa. No caso dos pais entrevistados, a ausência dessa função apareceu devido à desautorização da mãe e/ou à fragilidade do pai em exercer sua função. Os significantes do pai que denotaram essas questões foram: “minha esposa desfaz a regra”; “tirar minha autoridade”; “tempo corrido”; “baixar a guarda”; “dar”; “severo”; “ameaçar [...] pra ela fazer o que tem que fazer”.

Diversos significantes acerca do sintoma da constipação emergiram na fala do casal (ex-casal parental), que na maioria das vezes iam além das perguntas do questionário: “[...] ela se prende nessa parte”; “prisão”; “[...] quando J nasceu, a gente ficou muito preso... não podíamos mais sair”; “estou muito trancada” [...] “peso na barriga”; “Porque ela não falou”; “Ele é difícil de falar quando o assunto incomoda”; “não fala de qualquer tipo de dor”; “Na casa da avó, ela se solta; lá em casa, eu prendo ela”; “Ele sangra quando evacua e diz que parece menstruação”; “seu merda”; “Ela é ruim pra soltar...” [...] “tem medo de perder”. Outros verbos significativos que expressam a *retenção* e *exigência* presentes no sintoma da constipação apareceram nos discursos das mães, dos pais e das crianças, respectivamente: “trancar”, “não posso falar”, “calar”; “não se abrir”; “desconfiar”; “entupir”; “prender”, “não dar”; “desistir”; “não saber fazer”; “tinha que fazer”.

Pinto e Reis Neto¹⁷ destacam a incidência da fala no sintoma. Os referidos autores exemplificam essa incidência com o discurso dos pais e pacientes da pesquisa. Por exemplo, um pai de uma criança com encoprese referia-se, insistentemente, ao relacionamento com a ex-mulher e consequente gravidez como “a maior merda que fez na sua vida”. As crianças, por sua vez, numa etapa transitória da psicoterapia, apresentavam uma postura de oposição, expressada pela repetição da palavra “não”¹⁷. Freud¹⁵ já dizia que a postura opositiva é uma das características das crianças com distúrbios intestinais, expressada pela obstinação em não evacuar diante da demanda da mãe.

O verbo é uma ação, e a ação da pulsão anal é *fazer* (fazer a obra) ou, seu oposto, *reter*. No dicionário Aurélio³⁵ *fazer* significa *obra, trabalho, ação*. Enquanto que o verbo *reter* é definido como *guardar o que é de outrem contra a vontade do dono, não se*

desfazer de, segurar, não soltar, não deixar sair, reprimir, conservar na memória, agarrar-se e não avançar.

Para a psicanálise, a mãe aprisiona-se em uma relação anal com o filho para não entrar em contato com as suas “verdades” inconscientes²¹. Impotência, medo e culpa são os sentimentos mais frequentes no imaginário das mães, ao se referirem aos filhos. A mãe coloca, inconscientemente, a criança como *objeto** que supostamente tamponaria sua falta, atestando a culpa inconsciente da mãe neurótica²¹. Em resposta ao questionário, algumas mães falaram: “Queria que tivesse uma cumplicidade e se sentisse protegido por mim [...] Tudo isso eu criei quando tava grávida dele; dele conseguir ser o que eu não consegui”; “Ele dorme na minha barriga; dormimos no mesmo quarto, na mesma cama”; “Não sei se sou uma boa ou uma péssima (mãe). Ela consegue tudo que quer de mim”.

A falta de tempo é outro fator que aparece, no discurso das mães, como uma das justificativas das dificuldades em lidar com os filhos e este fator não está relacionado exclusivamente a um tempo cronológico ligado, por exemplo, às mães trabalharem fora de casa. Trata-se de um tempo subjetivo de cada criança¹⁷. Por outro lado, a totalidade das mães esteve acessível às consultas, o que não ocorreu, entretanto, com os pais. Esse dado confirma a afirmativa que, no cotidiano do atendimento ambulatorial das crianças e adolescentes, na maioria das vezes, são as mães que acompanham os filhos. Ainda no que diz respeito às mães participantes, a maioria exercia atividade laboral fora do domicílio, considerando que é sobre as mães que recai a maior sobrecarga do tratamento, incluindo desde o preparo da dieta e a administração de medicamentos à percepção do sintoma. A ausência da mãe, em maior parte do tempo, em paralelo à importância de sua participação na abordagem terapêutica, favorece o estresse ou até mesmo o adoecimento materno³⁷.

Outro aspecto que chama atenção é a queixa da maioria dos pais em relação à desobediência e teimosia dos filhos. Freud¹⁵ descreve como a teimosia está diretamente relacionada à fixação das crianças na fase anal e à sensação de prazer e dor, provocados pela retenção fecal, que elas se recusam a abrir mão¹⁵.

As crianças que tiram proveito da estimulabilidade erógena da zona anal denunciam-se por reterem as fezes até que sua acumulação provoca violentas contrações musculares e, na passagem pelo ânus, pode exercer uma estimulação intensa na mucosa. Com isso, hão de produzir-se sensações de volúpia ao lado das sensações dolorosas. Um dos melhores presságios de excentricidade e nervosismo posteriores é a recusa

* O conceito de objeto, para a psicanálise, pode tratar-se de uma pessoa ou de um objeto parcial – real ou fantasístico (o mamilo, a voz, o fonema, o olhar, o cíbalo, o fluxo urinário, o falo...) ³⁶.

obstinada do bebê a esvaziar o intestino ao ser posto no troninho, ou seja, quando isso é desejado pela pessoa que cuida dele, ficando essa função reservada para quando aprover a ele próprio. [...] Mais uma vez, os educadores têm razão ao chamarem de travêssas [*schlimm*] as crianças que ‘retardam’ essas funções¹⁵.

Os pais, por sua vez, admitem dificuldades em dar limites aos filhos. Esse aspecto está relacionado com os vínculos estabelecidos com seus próprios pais. Algumas mães esboçaram, em suas falas, dificuldades como: “[...] impotência [...] Essa minha dificuldade da rotina [...] tenho muito pavor de cozinhar... Devo ter algum trauma com minha mãe”; “nunca está perfeito”. O controle das mães que desautorizam a lei paterna e impedem os pais de interferirem na tríade mãe-criança-*falo** mascara a relação da mãe com sua própria castração.

Durante a pesquisa, as falas dos pais demonstram uma falta de clareza sobre a construção do seu papel. Em diversos casos há dificuldade em distinguir a função paterna da materna, do “pai amigo” e do “amigo”. As respostas apontaram para a ausência paterna (por morte ou abandono), o que indica que os traumas reprimidos retornam no exercício de uma função paterna fragilizada. Esse aspecto também ficou evidenciado nas falas das mães sob a forma de abandono, ausência materna e paterna (simbólica e/ou real), agressão física e verbal, trabalho na infância/adolescência, poucas brincadeiras e pouco estudo. As faltas nas relações com os próprios pais (avós das crianças desse estudo) são reeditadas nas relações com os filhos e cônjuges. Logo, nota-se dois conceitos inter-relacionados e essenciais da teoria psicanalítica: o trauma e a repetição.

É importante distinguir-se “traumatismo” de “trauma”. Em Freud³⁹, trata-se de trauma. O traumatismo corresponde a uma ocorrência externa que atinge o sujeito, ao passo que trauma é o efeito de um acontecimento no domínio psíquico do sujeito. As experiências vividas como traumáticas produzem grandes quantidades de excitação para serem processadas pelo aparelho psíquico; por isso, a sua força patogênica. O trauma, portanto, está relacionado ao estado de desamparo do organismo receptor¹⁴. Enfatizando-se a singularidade e o subjetivo, isso explica porque cada sujeito responde de maneiras

* Falo: “Na Antiguidade greco-latina, representação figurada do órgão sexual masculino”³³. Na doutrina freudiana, o *falo* simboliza o pênis ou clitóris, contudo não se reduz ao órgão. O termo *falo* remete a uma das fases do desenvolvimento sexual infantil – a fase fálica – descrita por Freud¹⁵ quando a criança possui a convicção de que todos os seres têm pênis. Ao se deparar com a mãe castrada e com a intervenção paterna que a retira da posição de *falo imaginário* (*objeto* de desejo da mãe), a criança é introduzida no chamado *Complexo de Castração*. A castração, portanto, é de ordem simbólica. De ser ou não ser o falo da mãe, a criança, mais adiante, passa a ter ou não ter o falo. O *falo*, agora simbólico, é um significante que representa a falta^{15,33,38}.

diferentes a uma mesma situação catastrófica³⁸. Freud³⁹ ressalta que um evento se torna traumático ou não a depender da relação de forças que se estabelecerá entre o que invade o psiquismo de forma abrupta e a capacidade do aparelho psíquico suportar a situação desestabilizadora. No trauma, portanto, há um transbordamento da libido no psiquismo.

No que diz respeito à repetição, Freud³⁹ vai além do princípio de prazer quando questiona a reprodução de experiências dolorosas. Por que uma experiência dolorosa é repetida? – Pergunta-se Freud³⁹. O autor faz alusão à compulsão à repetição e escreve que sua raiz se encontra no reprimido inconsciente³⁹.

Uma outra questão curiosa verificada nos resultados foi a correlação entre mãe e criança com constipação intestinal, o que aponta para o aspecto constitucional e subjetivo do sintoma. Outra questão detectada foi a ocorrência de crise no casal parental. Nesse sentido, Freud⁴⁰ atesta que todo distúrbio neurótico resulta da combinação de “instintos excessivamente fortes” (constitucionais) e acontecimentos precoces que “o ego imaturo foi incapaz de dominar”⁴⁰, enquanto Lacan²¹ chama atenção para quando o sintoma da criança pode estar relacionado à subjetividade da mãe ou do casal parental. Nas respostas das quatorze mães, treze queixaram-se de um relacionamento conturbado com o pai da criança. Em contraponto, essa queixa não foi expressiva nas respostas dos pais. No decorrer da pesquisa, confirmou-se, além da exigência materna, a presença de crise no casal parental em treze casos. O discurso de uma das crianças da pesquisa é representativo desse mal-estar que se instala; o menino fala que os pais o colocam “no meio” da briga deles e, como consequência, a mãe “grita” com ele e o pai “bate”.

No que diz respeito ao tratamento, a Psicanálise dispõe de apenas um meio para pretender-se “agente de cura, de formação ou de sondagem: a fala do paciente”¹². A escuta da analista interroga, em princípio, sobre o que o paciente quer ali, com ela. Além disso, propicia que o sujeito do inconsciente surja, seja através de um ato falho, um chiste, um sonho, um rabisco (desenho) ou de um jogo, dentre outros³⁴. Desde as entrevistas preliminares, a escuta e as intervenções da analista apelam para a verdade do inconsciente e propiciam ao paciente uma mudança de percepção, principalmente no que se refere a uma nova forma de se escutar, conduzindo-o a dar um novo sentido ao seu discurso. Nessa dinâmica das entrevistas preliminares, começa a ocorrer o redirecionamento da demanda inicial do paciente para a demanda por tratamento. O que, a princípio era uma queixa, transforma-se numa escolha pela subversão de uma posição subjetiva repetitiva que o empobrecia e o impedia de acessar suas potencialidades.

Em todas as crianças do presente estudo, as respostas foram refratárias a tratamentos anteriores (médico e nutricional), apesar do longo tempo de acompanhamento. Tal fato é consoante com as pesquisas atuais na área dos sintomas gastrointestinais funcionais na infância, que apontam para uma maior eficácia quando o atendimento é interdisciplinar e quando envolve a família⁴¹. Esses achados corroboram com os resultados da pesquisa de Motta et al.¹ que ressalta a importância da elaboração de programas educacionais, na graduação e nos programas de residência médica, com ênfase na constipação intestinal funcional e tratamento multidisciplinar. Tal acréscimo na formação médica poderá ampliar as informações sobre o assunto, encaminhamentos e um melhor prognóstico.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sintoma em geral, e mais especificamente a constipação intestinal funcional, não encontra solução apenas através dos remédios e do afeto. O simbólico vai além do orgânico (real) e dos afetos (imaginário), ou seja, as ideias estão inscritas no corpo e na formação dos sintomas. Logo, as ideias refletem o corpo e vice-versa^{13,42}.

O sintoma neurótico, como resultado da relação entre as defesas do ego e os desejos inconscientes, causa inibição, angústia e, ao mesmo tempo, fixa-se num *gozo* pré-genital focado nos orifícios do corpo; essa fixação constitui um obstáculo à cura^{14,38}. A fala, para a Psicanálise, é um meio de investigação e cura, uma vez que os significantes revelam tanto os conflitos entre as instâncias do ego e do inconsciente, bem como os conteúdos inconscientes recalcados no sintoma. As respostas colhidas, através do questionário da atual pesquisa, demonstraram preliminarmente que os significantes falados encontravam-se atrelados ao aprisionamento do sujeito à fase anal. Além disso, as respostas indicaram que o sintoma das crianças portadoras de constipação intestinal funcional está imbricado com questões referentes às funções da mãe, do pai e/ou à crise do casal (ex-casal) parental. As falas das famílias também apontaram para a direção do tratamento e da cura, pois expressaram o desejo de falar para um outro em quem confiem e estabeleçam um vínculo propício ao processo terapêutico. Foi dada continuidade ao presente estudo por meio das entrevistas preliminares - que funcionam como tratamento inicial - dessas crianças e respectivos pais.

REFERÊNCIAS

- 1 Motta, CR et al. What do pediatrics residents know about the psychological factors in constipation? *Psicol. Saúde Doenças (Lisboa)*, 2013 Mar;14(1):38-52.
- 2 Eksterman A. O ato psicanalítico e a medicina do corpo. *Cad. psicanál. (Rio Janeiro)*, 2003 Jul;19(22):51-76.
- 3 Peixoto Jr CA. A originalidade de uma trajetória psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter; 2013. Os fenômenos dos grupos Balint; p.83-93.
- 4 Lacan J. O Lugar da psicanálise na medicina. [internet]. *Opção Lacaniana (São Paulo)*, 2001 Dez [citado 2015 mar. 15];32:8-14. Disponível em: <https://bibliotecadafilo.files.wordpress.com/2013/10/lacan-o-lugar-da-psicanalise-na-medicina.pdf>.
- 5 Freud S. História de uma neurose infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades; p. 217-224. (Obras psicológicas completas, 17).
- 6 Rasquin A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology (Baltimore)*, 2006 Apr;130(5):1527-1537.
- 7 Lacan J. *Cadernos Lacan. v.2*. Porto Alegre: Publicação não comercial da APPOA; 2002. A terceira; p. 1-72.
- 8 Lacan J. *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005. O simbólico, o imaginário e o real; p. 9-53.
- 9 Coppus ANS. O lugar do corpo no nó borromeano: inibição, sintoma e angústia. *Tempo Psicanalítico (Rio de Janeiro)*, 2013;45(1):15-27.
- 10 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. p. 96-103. (Campo Freudiano no Brasil).
- 11 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud; p. 493-532. (Campo Freudiano no Brasil).
- 12 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise; p. 238-324. (Campo Freudiano no Brasil).
- 13 Lacan J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Televisão; p.509-543. (Campo Freudiano no Brasil).
- 14 Freud S. Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Inibição, sintoma e angústia; p.95-201. (Obras psicológicas completas, 20).

- 15 Freud S. Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro; Imago; 1969. Três ensaios sobre a sexualidade (1905); p. 129-238. (Obras psicológicas completas, 7).
- 16 Lacan J. O Seminário, Livro 10: A Angústia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- 17 Pinto ACT, Reis Neto RORBH. Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. Estudos de Psicanálise (Belo Horizonte), 2012 Jul;37:15-24.
- 18 Lacan J. O Seminário, Livro 5: As formações do Inconsciente. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. (Campo Freudiano no Brasil).
- 19 Freud S. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1896. Carta 52 (Afásias); p. 254-259. (Obras psicológicas completas, 1).
- 20 Freud S. Estudos sobre a Histeria (1893-1895). Rio de Janeiro: Imago; 1969. (Obras psicológicas completas, 2).
- 21 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Nota sobre a criança; p. 369-370. (Campo Freudiano no Brasil).
- 22 Lacan J. O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.
- 23 Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Os Instintos e suas Vicissitudes; p. 137-182. (Obras psicológicas completas, 14).
- 24 Lindenmeyer C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? Tempo psicanal. (Rio de Janeiro), 2012 Dez;44(2):341-359.
- 25 Motta CR, Silva LR. O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo. Rev. Ciênc. Méd. Biol. (Salvador), 2015 Set-Dez;14(3):360-371.
- 26 Pêcheux M. Introdução. In: Orlandi EP. O discurso: estrutura ou acontecimento. Textos escolhidos por Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes; 2012. p. 15-29.
- 27 Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130:1377-1390.
- 28 Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, LeMair AW. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. Inflammatory bowel diseases, 2010;16(1):112-124.
- 29 Mota DM, Barros AJD. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. J Pediatr. (Rio de Janeiro), 2008;84(1):9-17
- 30 Freud S. O Caso de schreber e artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1969. A dinâmica da Transferência; p. 131-146. (Obras psicológicas completas, 12).

- 31 Lacan J. O Seminário, Livro 8: A Transferência. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.
- 32 Freud S. O caso de schreber e artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1896. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise; p.149-163. (Obras psicológicas completas, 12).
- 33 Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. Atenção Flutuante; p. 40-42. Faló; p.166-168.
- 34 Rocha FJB. Entrevistas preliminares em Psicanálise: incursões clínico-teóricas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
- 35 Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Fazer; p.886.
- 36 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Subversão do sujeito e dialética do desejo; p. 807-842. (Campo Freudiano no Brasil).
- 37 Leão MF, Melo MCB, Torres MRF. A constipação intestinal crônica funcional sob a perspectiva materna: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 7):5-12.
- 38 Kaufmann P, editor. Dicionário enciclopédico de psicanálise – o legado de Freud e Lacan. 2. ed. Vera Ribero e Maria Luiza X. de A Borges, tradutoras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996. Faló; p.191-195. Sintoma; p.478-479. Trauma; p.558-559.
- 39 Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Além do princípio de prazer; p. 17-90. (Obras psicológicas completas, 18).
- 40 Freud S. Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1937. p. 81-178; Análise terminável e interminável. (Obras psicológicas completas, 23).
- 41 Wertlieb D. Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on Family. Pediatrics 2003; 111:1572-587.
- 42 Nogueira LC. A pesquisa em psicanálise – aula. Psicologia USP (São Paulo), 2004 Jan;15(1-2):83-106.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS SIGNIFICANTES NA FALA DE CRIANÇAS E PAIS ACERCA DO SINTOMA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL: UM ESTUDO DE REFERÊNCIA PSICANALÍTICA

Claudia dos Reis Motta*
Luciana Rodrigues Silva**
Hélio de Castro***

RESUMO: O objetivo da presente pesquisa é analisar, em cento e quarenta entrevistas preliminares, os significantes em comum nas falas de crianças e pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Articulou-se a essa análise a seguinte questão: como a constipação na criança revela a subjetividade da criança, da mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Buscou-se também sensibilizar a equipe multidisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo. Tratou-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com quatorze crianças e adolescentes entre 3 e 18 anos de idade. Os pacientes, diagnosticados com constipação intestinal funcional e sob tratamento médico, foram encaminhados para a analista pela equipe médica do ambulatório de referência do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. A técnica Psicanalítica utilizada nas entrevistas preliminares foi a escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. Os significantes comuns entre os casos foram: fazer, preso, cocô, vaso, colar, segurar *versus* soltar, dificuldade de dividir, timidez, dor, melar, sujo *versus* limpo, angústia, agressividade, sofrer, pai ausente, medo, culpa, controle, bebê, nascer, matar, brincar, trabalhar, dinheiro, teimosia, esconder, monstro, limites, comer *versus* não comer, dentre outros. Os resultados revelaram conteúdos inconscientes recalçados referentes à pulsão anal, à relação da criança com as fezes, à subjetividade da criança, da mãe, do pai e do casal (ex-casal) parental. Todos os pacientes que aderiram ao tratamento (n=10) apresentaram melhora significativa, dentre os quais, sete obtiveram a cura do sintoma.

* Doutoranda e Mestra em pelo Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Graduada em Psicologia pela UFBA.

** Doutora e Mestre em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Especialista em Hepatologia Pediátrica pelo Centre Hospitalar de Bicêtre da Universidade Paris Sul, CHB-UPS, França, Especialista em Residência Médica pela UFBA e Graduada em Medicina pela UFBA.

*** Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Residência Médica Psiquiátrica pela UFBA. É Psiquiatra, Psicanalista e Supervisor Clínico.

Palavras-chave: Sintoma. Constipação Intestinal. Fala. Criança. Pais. Psicanálise. Multidisciplinar.

ABSTRACT: The objective of the presente research is to analyse, in one hundred forty preliminary interviews, the common signifiers in children's and parents' speeches surrounding the symptom of functional intestinal constipation. This analysis was articulated to the following questions: How does children's constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? This study also surched for raising interdisciplinary team's awareness, specially the pediatric gastroenterologists, about the psychical dimensions of the symptom being studied. A prospective-qualitative study, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age range between 3 and 18 years old, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO complex of the UFBA. The psychoanalytic technique used during the preliminary interviews was the analyst's listening in fluctuating attention and the patients' free association. The common signifiers among the cases were: to make, stuck, poo, toilet, to glue, to hold *versus* to release, difficulty with sharing, shyness, pain, to spoil, dirty *versus* clean, anguish, aggressiveness, to suffer, father's absence, fear, guilt, control, baby, to be born, to kill, to play, to work, money, stubbornness, to hide, monster, limits, to eat *versus* not to eat, among others signifiers. The results showed repressed unconcious matters regarding to the anal pulsion, the relationship of the child with the feces, the subjectivity of the child, the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple). All patients that joined the treatment (n=10) presented substantial enhancement, among those seven achieved the symptom's cure.

Key words: Symptom. Intestinal constipation. Speech. Child. Parents. Psychoanalysis. Multidisciplinary.

3.1 INTRODUÇÃO

Foucault¹ chama atenção para o fato de que, somente na passagem do século XVIII a XX, a clínica ganha um sentido de discurso científico, destacando a clínica do olhar e a

linguagem na relação médico-paciente como um aspecto crucial no tratamento^{1,2}. A partir da escuta das históricas, no final do século XIX, Freud revoluciona o diagnóstico clínico e o conceito de sintoma quando dá ênfase à escuta daquele que sofre^{2,3}. Em *Radiofonia*⁴ Lacan esclarece que Freud antecipou-se à linguística de Saussure quando investiga os tropeços na fala como os atos falhos, chistes... e demonstra, com os estudos dos casos clínicos, que o sujeito é falado por um saber inconsciente⁴. Assim, a ciência para a Psicanálise é a linguística, visto que a linguagem ocupou seu lugar de objeto científico. Esse movimento da Psicanálise constituiu-se numa subversão do conhecimento sobre o homem e seu mal-estar.

A técnica da Psicanálise é, dessa maneira, aquela que dá prioridade ao significante: o analista, em atenção flutuante, escuta o discurso do paciente que, por sua vez, fala o que lhe ocorre à mente. Freud⁵ institui duas leis que dirigem a experiência psicanalítica para o paciente: não omitir e não sistematizar as ideias que lhe ocorre à mente. Este é o conceito da associação livre⁵. O analista, por sua vez, deve convocar o sujeito a incluir-se na produção do seu sofrimento e a querer saber dos seus enganos e engodos inconscientes. Sensibilizar o paciente a escutar-se é uma das funções das entrevistas preliminares². Estas entrevistas preliminares funcionam como um tratamento prévio e podem ser utilizadas com esse objetivo também em instituições hospitalares.

Cottet⁶ marca que as entrevistas constituem um momento de abertura do inconsciente. Freud⁷ denominou esse primeiro momento de “experimento preliminar” tanto destinado a fins diagnósticos quanto para avaliar a demanda e as condições do paciente para análise⁷. Ao mesmo tempo, Freud⁷ advertia que esse “experimento preliminar” já se tratava de um início de uma análise e estava submetido às suas regras; Lacan utilizou a expressão *entrevistas preliminares* como correspondente ao “experimento preliminar” ou “tratamento de ensaio” em Freud^{7,8}. Quinet⁸ chama atenção para a recomendação de Freud aos analistas nesse momento inicial: “Temos, portanto, a indicação de que, nesse momento, a tarefa do analista é apenas a de relançar o discurso do analisante”, em outras palavras, permitir que o paciente fale quase o tempo todo e explicar apenas o necessário para que ele prossiga em seu discurso⁸.

Nesse momento inicial, existe um trabalho a ser realizado, entre o analista e o paciente, referente a três aspectos que se encontram interligados: queixa, demanda e estabelecimento da transferência^{2,7}. Quinet⁸ divide as funções das entrevistas preliminares em três: “A função sintomal (sinto-mal)”, “A função diagnóstica” e “A função transferencial”⁸. A transferência é um terreno que legitima a reaproximação do indivíduo

com complexos reprimidos e ingresso ao simbólico, pois os conteúdos inconscientes do paciente se atualizam na relação com o analista. O paciente precisa transformar sua queixa em demanda de tratamento e falar para um outro que ele supõe saber algo sobre sua dor, seu sintoma e seu inconsciente⁸. Esse sujeito suposto saber que o analisando atribui ao analista é “um mal entendido”, um “erro subjetivo” sobre o qual a comunicação do paciente se dá: condição necessária para entrada em análise⁸. Quanto à função diagnóstica, que significa fazer um diagnóstico diferencial da estrutura psíquica (neurose, psicose ou perversão), em Psicanálise, ela serve para dar a direção da análise e “só pode ser buscado no registro simbólico onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do Édipo”⁸. Sobre o sintoma, é preciso que este faça questão ao sujeito e passe do estatuto de ser um “significado” e retome sua “dimensão de significante implicando o sujeito e o desejo”⁸. Além disso, é importante pensar sobre o que provocou o fracasso do recalque para que se constituísse o sintoma e “a que esse sintoma está respondendo”⁸.

A posição do analista, nesse momento, seria apostar que à medida que o paciente fala em cada entrevista, gera-se um sujeito implicado na sua queixa².

A fala, por sua natureza, sempre se antecipa ao sentido, ou seja, o sentido insiste na cadeia do significante e é nela que os significados deslizam incessante e metonimicamente⁹. Nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação fechada do sentido⁹. A cada entrevista, ainda que o paciente insista em repetir-se, revela-se algo novo. Uma das técnicas que Freud utilizava para investigar os sonhos era solicitar ao paciente que falasse sobre o sonho mais uma vez. O resultado era que sempre, durante a repetição, algum detalhe importante havia sido recalçado ou censurado pelo paciente¹⁰. O sonho é, como o sintoma, um fenômeno de linguagem e o retorno do recalçado^{10,11}.

Lacan¹² descreve o sintoma como “um nó de significantes” (ideias inconscientes) que invadem o real do corpo. O significante ou a palavra falada, portanto, coloca em funcionamento reagrupamentos das diversas significações implícitas e particulares que se manifestam no indivíduo através do sintoma; essa sobredeterminação simbólica do sintoma aparece na sintaxe do sujeito^{13,14}. O sintoma só tem sentido quando articulado a um outro significante, uma vez que é construído na cadeia significante¹⁵. Além disso, é no discurso do sujeito que se revela a relação deste com o seu sintoma. Pensando-se na posição subjetiva da criança em relação aos pais, ela se encontra, muitas vezes, entre os significantes mãe e pai e/ou alienada ao significante mãe. O sintoma que a criança apresenta vai, portanto, denunciar seu assujeitamento às verdades inconscientes da mãe, atestando a

culpa da mãe neurótica, por exemplo, ou revelando as questões inconscientes do casal parental¹⁶. Pinto e Neto¹⁷ destacam a incidência da fala no sintoma e estudam casos de crianças com encoprese e como o discurso dos pais manifesta-se no mal-estar da criança. As fantasias dos pais são capturadas inconscientemente pela criança que acaba, muitas vezes, por produzir sintomas no seu corpo^{16,18}.

O sintoma da criança atesta o que há de sintomático na estrutura familiar e, para além de ser um efeito do discurso dos pais, aquele também testemunha a participação da criança na forma como responde aos desejos inconscientes do casal parental^{16,19}. Quando Lacan se refere ao sintoma da criança como uma resposta à verdade inconsciente do casal parental, há nessa afirmação uma articulação significativa implícita que o sobre-determina: fazer face ao desejo da mãe que está relacionado, desde os primórdios, às questões da mãe com a própria castração ou metáfora paterna^{16,19}.

O sintoma, como um efeito de linguagem, é uma metáfora a ser decifrada²⁰. A metáfora atinge um efeito de sentido, não uma única significação⁴, ou seja, não é o conteúdo que importa, mas as direções diversas apontadas pela fala do sujeito. Substituto dos conflitos do sujeito, o sintoma vela e revela a *verdade* inconsciente de cada um^{20,21}. Os sintomas, assim como os sonhos, se referem às experiências dos indivíduos e possuem interpretações próprias, em outras palavras, eles possuem um vínculo com a vida do sujeito que o produz²². É nessa dinâmica que o sujeito do inconsciente engata sobre o corpo fazendo sintomas e se posiciona a partir de um discurso¹².

Quinet⁸ afirma que a decisão de procurar um analista está atrelada à hipótese de que há um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se desvencilhar⁸. Cabe ao analista, a partir da sua escuta, fazer corte na fala do paciente, pois é entre o significante (a palavra falada) e os significados ocultos que se captura o sujeito⁴. Importa ajudar a criança a se escutar e a desalienar-se da mãe e/ou dos conflitos do casal parental, para, então, seguir em direção ao pai: ora identificando-se com ele, ora interrogando-o. E nesse movimento buscar fazer as suas marcas no mundo.

Imprimir marcas no mundo demanda que a criança se liberte, ao menos em parte, dos aprisionamentos às fases pré-edípicas. A etapa pré-edípica diz respeito às relações da criança com a mãe e é anterior à entrada do pai no processo do Complexo de Édipo²³. Lacan²³ afirma que, num segundo momento da dinâmica Edípica, o pai real (mediado pela mãe) entra como agente da castração, ou seja, aquele que separa a criança do corpo da mãe e vice-versa; num terceiro momento, ele funcionará como referência de identificação para

a criança²³. Ao internalizar a lei, dar-se-á a formação do supereu: instância que regulará os impulsos inconscientes agressivos e incestuosos na criança²³.

A criança que apresenta constipação intestinal funcional encontra-se fixada na pulsão anal²⁴. A pulsão é um conceito entre o psíquico e o somático: libido que nasce no corpo e é atravessada pela linguagem^{14,24}. Os componentes sadomasoquistas são característicos da pulsão anal²⁴. Eles entram em ação no sintoma da constipação, uma vez que a agressividade é voltada contra o próprio ego e corpo da criança²⁴. Reter as fezes significa manter o investimento libidinal na zona erógena do ânus, causando dor e prazer ao mesmo tempo²⁴. A tendência é recuar à fase anterior, pois seguir para uma nova etapa significaria lidar com o desconhecido e isto causaria desprazer ao ego²⁵. Essa retirada não permite que reorganizações psíquicas aconteçam. Ocorre, então, uma falha no recalque e a formação do sintoma, ou seja, o retorno do recalçado²⁵. Fundamentados nesse referencial psicanalítico, o sintoma da constipação intestinal funcional seria um substituto que busca conciliar as exigências dos impulsos anais inconscientes frente aos limites impostos pelo convívio sociocultural²⁴.

O objetivo da atual pesquisa é analisar, em cento e quarenta entrevistas preliminares, os significantes em comum que emergiram nas falas de crianças e pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Paralelamente, articular-se-á essa análise com a seguinte questão: como a constipação na criança revela a subjetividade da criança, da mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Além disso, o presente artigo busca sensibilizar a equipe interdisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo.

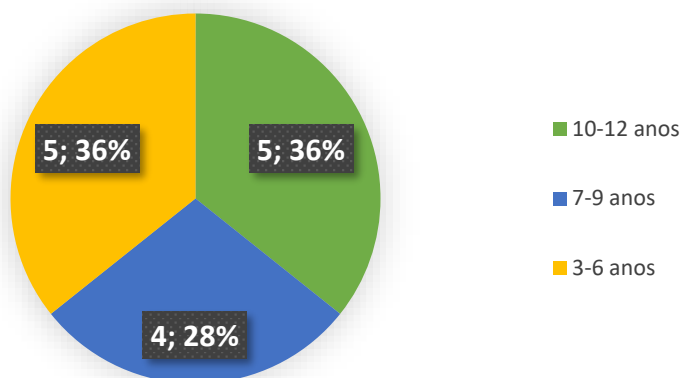
3.2 MÉTODO

A atual pesquisa é o segundo braço do estudo de doutorado que vem sendo realizado desde 2015 e objetiva fazer uma análise qualitativa das falas das crianças, dos adolescentes e seus pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Os pacientes pediátricos, após diagnóstico médico de constipação intestinal funcional, foram encaminhados e submetidos às entrevistas preliminares realizadas pela analista. Para o propósito desse estudo, a constipação intestinal funcional foi definida segundo os critérios de Roma IV e segundo o conceito de sintoma para a Psicanálise.

Trata-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com crianças e adolescentes, na faixa etária entre 3 e 18 anos de idade. Os pacientes

diagnosticados com constipação intestinal funcional e sob tratamento médico foram encaminhados para a analista (a própria pesquisadora) pela equipe médica do ambulatório de referência do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA.

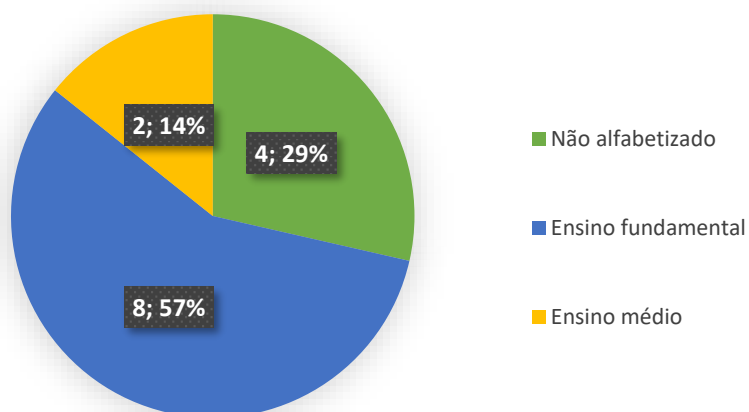
Gráfico 10 - Idade dos pacientes



Fonte: Dados da pesquisa

O perfil dos sujeitos da presente pesquisa caracterizou-se por uma população de baixa renda em sua maioria; nove crianças do sexo feminino e cinco do sexo masculino cuja faixa etária apresentou-se entre três e doze anos de idade. Oito crianças frequentavam o ensino médio e quatro o ensino fundamental.

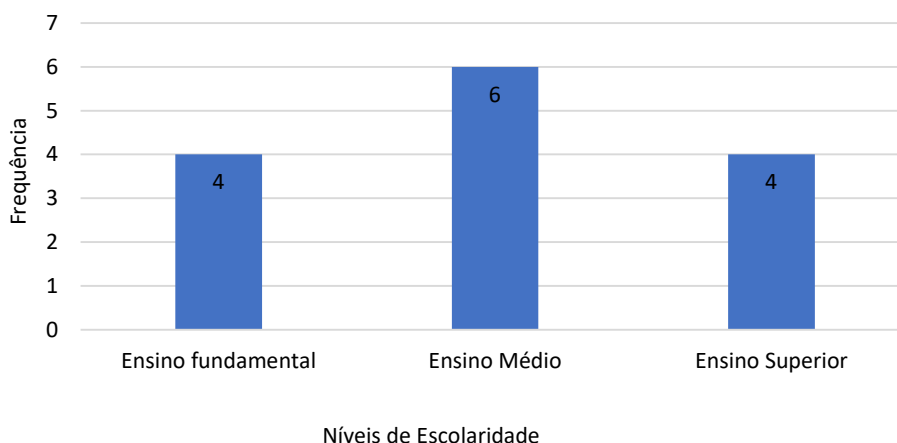
Gráfico 11 - Escolaridade dos Pacientes



Fonte: Dados da pesquisa

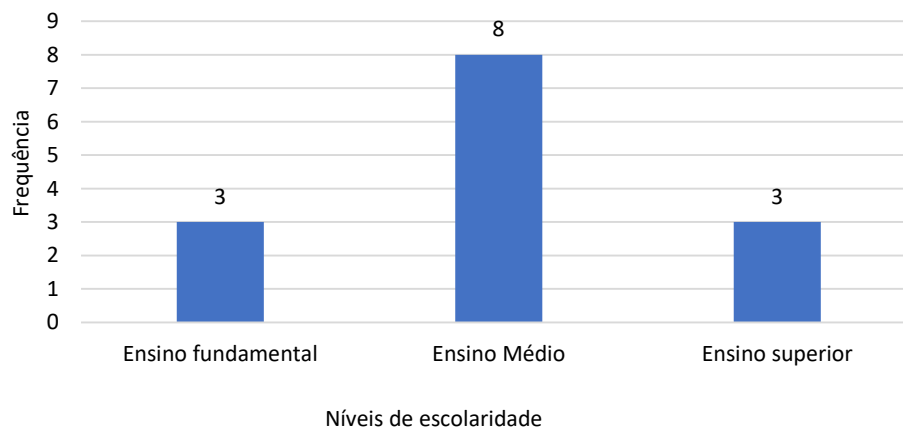
A maior parte das mães trabalhava fora de casa e encontrava-se na faixa etária de quarenta anos. Enquanto que os pais tinham entre trinta e trinta e nove anos de idade. Mães e pais, em grande parte, haviam concluído o ensino médio (gráficos a seguir).

Gráfico 12 - Escolaridade da Mãe



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 13 - Escolaridade do Pai



Fonte: Dados da pesquisa

Cada caso atendido foi acompanhado pela equipe médica, dirigida pela orientadora dessa pesquisa; a analista realizou supervisões regulares com o coorientador do presente estudo. A singularidade de cada criança foi considerada.

As entrevistas preliminares, assim denominadas na técnica da Psicanálise, foram embasadas na escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. Após acolher os pacientes, escutar a queixa principal e estabelecer vínculo de confiança,

solicitou-se às crianças e aos pais que falassem o que lhes ocorresse à mente durante as entrevistas.

Cento e quarenta entrevistas foram avaliadas pela analista: uma média de doze entrevistas por família. A partir da escuta da analista, trechos das falas foram recortados, transcritos, codificados e interpretados. Nas interpretações a analista considerou a particularidade dos sujeitos da pesquisa e a subjetividade de cada criança e adolescente: as significações, para cada um, os significantes que emergiam durante entrevistas e os sentidos das suas falas. Assim, realizou-se uma análise dos significantes acerca do sintoma da constipação intestinal funcional, bem como articulou-se o sintoma das crianças com a subjetividade da mãe e do casal (ex-casal) parental, incluído aqui o pai.

Essa análise contou com o apoio do *software* Atlas.ti, que é um programa de auxílio à leitura de dados qualitativos. O objetivo do uso desse *software* foi organizar e correlacionar os resultados coletados.

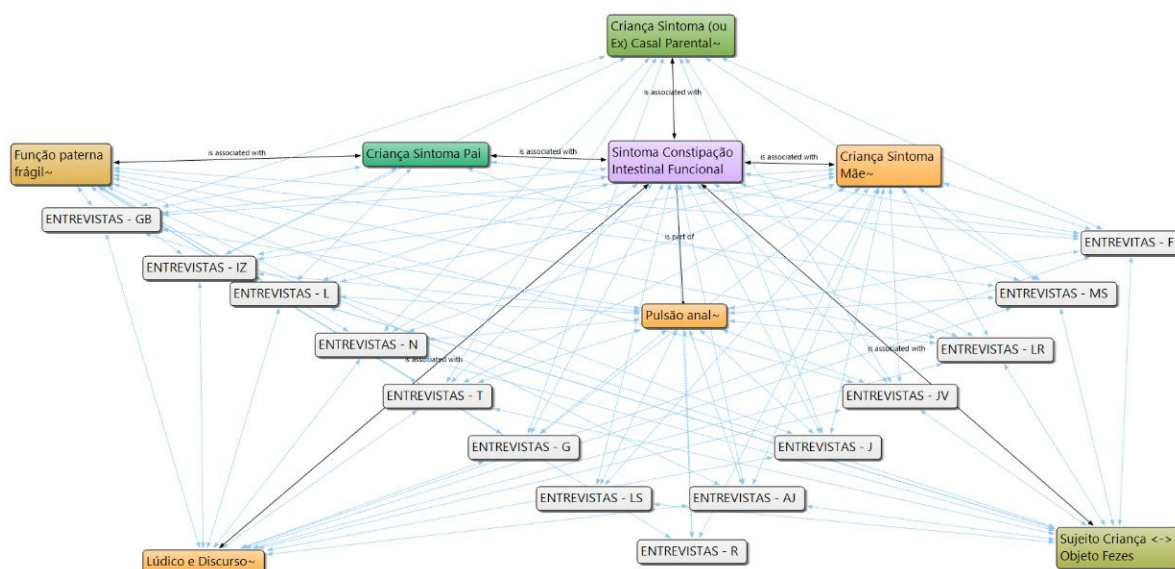
Três passos fundamentais permearam a constituição do *corpus* (a fala dos sujeitos) de toda a pesquisa apoiada pelo Atlas.ti. O primeiro passo constou na montagem da *Unidade Hermenêutica*; no segundo passo, realizou-se a codificação e, no terceiro passo, fez-se a análise.

A Unidade Hermenêutica foi montada utilizando-se os seguintes elementos: a) *Primary Docs* ou Fontes da Pesquisa – livros e artigos pesquisados e áudios das entrevistas; b) Códigos, ou seja, todas as categorizações construídas sobre o *corpus*; c) Famílias ou agrupamentos dos P-Docs, dos Códigos e Memos. Os Memos são anotações feitas pela pesquisadora, sobre qualquer elemento da Unidade Hermenêutica.

O segundo passo, o processo de codificação, consistiu nas categorizações construídas, com base na referência teórico-metodológica psicanalítica, sobre o *corpus*, gerando códigos, criados a partir dos elementos que emergiram nos discursos dos pacientes e das famílias desde o *Projeto Piloto*. Os códigos foram: pulsão anal, sintoma da constipação intestinal funcional, sujeito criança \leftrightarrow objeto fezes, criança sintoma da mãe, criança sintoma do pai, criança sintoma do casal (ex-casal) parental, lúdico e discurso e função paterna fragilizada.

E o terceiro passo, a análise dos resultados, a partir da qual foram montados os *Reports* (Relatórios) e as *Networks* (redes que correlacionaram todos os dados codificados na Unidade Hermenêutica).

Figura 3 - Rede dos códigos utilizados na análise das entrevistas



O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09). Aos pacientes e responsáveis que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a assinar um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

3.3 RESULTADOS

As primeiras entrevistas preliminares tiveram como função o acolhimento das famílias que trouxeram como foco a queixa do sintoma da constipação. Esses contatos iniciais são importantes para o começo do estabelecimento da transferência paciente-analista. Ao longo da presente investigação, foram atendidas quatorze famílias, dentre as quais, dez aderiram ao tratamento psicanalítico. Dessas dez famílias, sete crianças apresentaram cura do sintoma da constipação intestinal e três obtiveram melhora significativa apesar da interrupção prematura. Quatro pacientes, embora tenham participado das primeiras entrevistas, não aderiram ao tratamento.

A analista escutou, durante a coleta dos dados, significantes que se repetiram ao longo das entrevistas dentro de cada caso e também entre os casos. Esses significantes giravam em torno do sintoma da constipação intestinal funcional assim como revelavam as fantasias das crianças, das mães, dos pais e do casal ou ex-casal parental. A maior parte dos significantes foi das crianças e das mães, um reflexo da preponderância da participação

dessas nas entrevistas. Ainda que os pais, em sua maioria, não tenham participado, eles estavam presentes nos discursos das crianças e das mães.

Os significantes, em comum entre os casos registrados, foram: fazer *versus* não fazer/não conseguir, não saber, não querer, fechar, trancar, prender/preso, não largar, guardar, cocô, vaso, merda, pum, mole *versus* duro, colar/grudar, segurar *versus* soltar/largar, sair, separar, demora/lerdeza/preguiça, dificuldade de dividir, não falar, tímida, vergonha, dor, melar *versus* não melar, sujo *versus* limpo/lavar, angústia/agonia/agitação, não sentar, não ter, agressividade/raiva/bater/irritação, reclamar, nervosa, briga/discussão/estresse, gritar, xingar, machucar, sofrer, chorar/tristeza, abandonar, pai ausente, medo, culpa, cobrar, ter que, controle, não deixar, bebê, nascer, matar, nada, não, brincar, trabalhar, comprar, casa, ganhar, dinheiro, pagar, cair, tempo, teimosia/desobedecer, esconder, mentir, não conseguir, monstro, tudo sou eu, mãe, pai, pai ausente, cortar, falta, limites, dormir na mesma cama, fralda, colo, não morder, comer *versus* não comer, enjoar/náuseas/vomitar.

A analista escutou alguns significantes específicos, dentre os citados acima, falados pelas crianças, pelas mães e pelos pais. Amolecer, duro, dor de barriga, bufar, pum, cagar, vaso, casa, dificuldade de dividir, família, monstro, nada, papai, mamãe foram palavras exclusivas, nas falas das crianças, que revelaram a fixação na pulsão anal, a relação do infans com as fezes, com a mãe e com a função paterna. Quando falavam sobre as mães, surgiram verbos como: reclamar, pressionar, não deixar, gritar, demônio. Acerca dos pais, extremos como brincar e bater despontaram nas entrevistas o que demonstrou fragilidade da função paterna.

No discurso das mães, apareceram significantes como: abandono e culpa, fazer tudo, medo, tem que – expressões que também remetem à pulsão anal e suas exigências. Indicam também a relação de controle da mãe com o filho quando relacionadas com o que as mães dizem sobre os filhos: chamar atenção, desobediente, teimosia, esconder, fralda, chantagem, não come, não faz, não sujar, não senta. Em relação aos pais, as mães falam que estes fazem a vontade dos filhos, são ausentes e não as apoiam.

Referente ao discurso paterno sobre os filhos, destacam-se os significantes preso e teimosia - que se combinam no que diz respeito à identificação da criança com a mãe. Ao falarem de si mesmos, tempo e trabalho foram comumente acessados. E quando os pais aludiam às mães, afloraram nas falas significantes que denunciaram a pulsão anal da mãe: brigar, discutir, grita muito, gasta demais, compulsiva.

Durante a escuta e recorte de fragmentos das entrevistas gravadas, foram realizadas seiscentas e quarenta e quatro codificações que contemplaram os objetivos da pesquisa. A partir da análise desses dados, verificou-se que o código pulsão anal apareceu cento e dezesseis vezes; criança sintoma da mãe, cento e dez vezes; função paterna fragilizada, oitenta e oito vezes, sintoma da constipação intestinal funcional, oitenta e sete vezes, sujeito criança \leftrightarrow objeto fezes, sessenta e quatro vezes; criança sintoma do casal (ex-casal) parental, quarenta e cinco vezes; criança sintoma do pai, oito vezes.

O código lúdico e discurso apresentou maior frequência, com cento e vinte e seis ocorrências. Importa ressaltar que o lúdico foi um instrumento estratégico utilizado para facilitar a fala da criança, uma vez que a escuta do discurso é o ponto central da técnica psicanalítica.

3.4 DISCUSSÃO

As entrevistas preliminares, inicialmente denominadas por Freud de *experimento preliminar*, funcionam também como um início de tratamento⁷. Os efeitos rápidos são superficiais, mas importantes porque provocam um alívio sintomático ou desaparecimento do sintoma, embora esse não seja o objetivo principal da psicanálise. Nesse sentido, tais efeitos são inconsistentes, pois não garantem a evolução da pessoa e não querem dizer que ela prescindia de análise. Todavia, há um destravamento do sujeito uma vez que acontece uma mudança na sua narrativa. Esse aspecto é o que dá consistência nos efeitos das entrevistas preliminares ou tratamento breve, pois o sujeito retoma a sua narrativa que está aprisionada no sintoma. Na fala do paciente, emergem o real, o simbólico e o imaginário ao mesmo tempo. Quando o paciente fala do sintoma da constipação, por exemplo, ele fala do real do corpo; ao falar dos conflitos psíquicos e das ideias que giram em torno do seu mal-estar, aparece o eixo simbólico do discurso. E quando ele expressa afetos, relações de amor e ódio, predomina o eixo imaginário no discurso. É tarefa do analista não se enredar pelo eixo imaginário egóico, mas sim dirigir sua escuta para o simbólico e escutar os significantes essenciais na fala, como, por exemplo, aqueles significantes que se repetem ou que chamam atenção por destoarem do discurso, em princípio linear.

O que faz o analista para que aconteça o efeito metafórico do salto significativo? O analista trabalha com o *corte* no discurso metonímico do paciente e interroga apontando para o inconsciente, para que, assim, novas significações ou metáforas possam surgir. Dessa forma, o sujeito, por meio da narrativa, além de alcançar um entendimento do que

está acontecendo consigo, também passa a dar novos sentidos às ideias que emergem no seu discurso. É por essa via de pensamento que a função da fala nas entrevistas está para além do que Freud²⁶, em seu escrito *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, denominou de ab-reação. A ab-reação significa uma descarga emocional por meio da qual o indivíduo libera o afeto associado à lembrança de um evento traumático; ela pode ser incitada no curso de uma psicoterapia e produzir um efeito catártico.

Gaspard et al.²⁷ defendem a ideia da Psicanálise enquanto método de investigação, apoiados na proposição lacaniana de que “a psicanálise deveria ser a ciência da linguagem habitada pelo sujeito”^{27,28}. A Psicanálise traz uma contribuição importante para as teorias de discurso quando faz articulações entre o sujeito e a cadeia significante²⁷. Lacan²⁹ retoma Freud e afirma que o “materialismo freudiano” é a fala. O inconsciente que é constituído enquanto linguagem, desde Freud, é uma cadeia de significantes que se repete e insiste²⁰. Freud antecipou a linguística e sempre fez uma análise do tipo linguístico; ele ensinou que o sujeito segue a trilha do simbólico, ou melhor, os sujeitos modelam-se de acordo com o “momento da cadeia significante que os está percorrendo”³⁰. O recorte das falas, na pesquisa, é realizado a partir da escuta e da leitura da analista do *corpus*, nesse caso, as falas dos sujeitos da pesquisa; esse aspecto desnaturaliza a obviedade do sentido³¹.

Todo verbo abarca uma ação que está inserida numa determinada fantasia²⁰. O sujeito dividido, ora alienado ora separado do *objeto*, encontra-se ligado a ele através da fantasia que constrói inconscientemente²⁰. O *objeto* elegido pode ser o seio, o olhar, a voz, o cíbalo, o fluxo urinário – todos representantes do *falo*^{*20} ou, como escreve Quinet⁸, “significantes das demandas orais, anais, etc. relativos às pulsões correspondentes”⁸. No caso da criança com constipação intestinal funcional, o *objeto* em evidência são as fezes²⁴. Estas representam, para a criança, uma parte importante do seu corpo e, por vezes, ela própria²⁴. Uma das teorias sexuais infantis que expressa deslocamentos do *objeto* fezes para novas significações é a de que os bebês são gerados pelo ato de comer e nascem pelos intestinos²⁴. A partir dessa fantasia inconsciente infantil e da escuta clínica das análises de adultos, Freud²⁴ descreveu a equação fezes = *falo* = bebê e, mais adiante, igual a dinheiro = poder. As fezes, matéria apreciada desde a tenra infância, proporcionam satisfação à

* **Falo**: Na doutrina freudiana, o *falo* simboliza o pênis ou clitóris, contudo não se reduz ao órgão. O termo *falo* remete a uma das fases do desenvolvimento sexual infantil – a fase fálica – descrita por Freud²⁴ quando a criança possui a convicção de que todos os seres têm pênis e são poderosos. Ao deparar-se com a mãe castrada e com a intervenção paterna que a retira da posição de *falo* imaginário (*objeto* de desejo da mãe que, supostamente, tamponaria sua falta), a criança é introduzida no chamado *Complexo de Castração*. A castração, portanto, é de ordem simbólica. De ser ou não ser o *falo* da mãe, a criança, mais adiante, passa a ter ou não ter o *falo*. O *falo*, agora simbólico, é um significante que representa a falta^{21,24,32}

pulsão escatológica; mais tarde caem no menosprezo após repressão imposta pela educação³³. Toda a relevância dada outrora às fezes é transposta, na vida adulta, para uma substância que é supervalorizada: o ouro³³. Seguindo essa linha de pensamento, o dinheiro não pode ser situado apenas no âmbito da necessidade, uma vez que “o dinheiro só existe em função da linguagem”⁸. O ser falante, inserido na cultura, liga o objeto da necessidade ao desejo, ou seja, significantiza a necessidade e a articula com a pulsão: isso “faz do objeto específico um objeto perdido e sempre buscado pelo desejo constante e indestrutível”⁸. Enquanto a necessidade carrega a dimensão da *falta-a-ter*, a demanda e o desejo fazem surgir “outro registro da falta – a *falta-a-ser*”⁸.

Quinet⁸ conclui que, com Freud, “capital é libido”; libido como “energia”, uma “grandeza *quantitativa* – apesar de incomensurável – das pulsões que se referem a tudo o que podemos entender sob o nome de amor”⁸. A pulsão obtém destinos diversos, ordenados pela rede de significantes e, assim, se satisfaz parcialmente no sintoma, no sonho e na sublimação⁸.

Observou-se, no decorrer das entrevistas preliminares, que em boa parte dos casos estudados as falas das crianças expressaram como o desejo de reter as fezes e *ser o falo* (*objeto de desejo*) da mãe deslocou-se para o desejo de ter e ganhar dinheiro. Durante o ato de brincar, por exemplo, as crianças falavam do “cocô” que “caía” e se transformava em “bebê” que “nascia”. Mais adiante, começavam a expressar o desejo de crescer e “trabalhar” para “comprar um carro”, “comprar uma van”, “comprar uma casa”. No primeiro tempo do complexo de Édipo, há uma relação imaginária, dual entre a mãe e a criança em que esta se identifica, especularmente, com o *falo* imaginário, ou seja, como *objeto de desejo* da mãe²³. Enquanto que no terceiro tempo, no declínio do complexo de Édipo, a criança identificar-se-á com as insígnias do pai, aquele que tem o *falo*. Nesse momento, ela entra na dinâmica de *ter* ou *não ter o falo*²³.

No campo da clínica psicanalítica, pode-se afirmar que o sintoma da criança está diretamente imbricado nas fantasias inconscientes dos pais e isso é, na maioria das vezes, enunciado no discurso dos pais e/ou da criança^{16,19,34}. Um dos sujeitos do presente estudo, Gb, 8 anos de idade, queixou-se nas entrevistas que a mãe o chamava de “merda”, “satanás” e “diabo”, “na frente da família” e, ainda, o “ameaçava” de “abandono”: “Minha mãe fica só me ameaçando”, diz a criança. A mãe confirmou que, quando Gb “desobedece”, ela falava: “Vou deixar você lá no orfanato”. Retrucou que o filho repetia constantemente a frase: “Eu sou o diabo mesmo”. O pai de Gb disse que o filho “responde mal” à mãe e “grita”: “Sua merda! Sua merda! Chama ela de merda”. Os significantes “merda” e “diabo”

conduzem à vinculação existente entre os excrementos, o ouro e o Diabo desde os primórdios da humanidade – “Quão antiga é esta vinculação entre excremento e ouro pode-se ver a partir de uma observação de Jeremias: o ouro, segundo antiga mitologia oriental, é o excremento do inferno”³³.

Freud³³ assinala que o ouro é considerado o símbolo das fezes nos sonhos do folclore em que o Diabo aparece como sedutor e como aquele que concede os tesouros: a própria “personificação da vida instintual reprimida e inconsciente”³³. Além da constipação intestinal, Gb apresentava sintomas associados: erotização exacerbada (masturbava-se constantemente) e enurese noturna. A mãe relatou que o menino se “esfregava” nas coleguinhas no “sofá” e que falava como era namorar: “A senhora não sabe não? É só pegar na mão e beijar e deitar um por cima do outro”. A crise e a sexualidade do casal parental resvalavam sobre o filho. A mãe, para não dormir com o marido, dormia com Gb; os pais batiam constantemente na criança destilando a raiva e o mal-estar do casal. Segundo os pais, Gb dormiu na cama com o casal até os 3 anos de idade. O pai cometeu um ato falho nesse momento quando falou: “Lembro! Quando ele tinha uns 3 anos, ele falava: papai! Tire a roupa e abrace mamãe. [...] Ele é muito inteligente; ele pega as coisas no *ato*”. Esse ato falho denuncia a inclusão dessa criança, em algum nível, no gozo do casal parental. Freud²⁴ afirma que a enurese noturna está diretamente ligada à masturbação, assim como à agressividade e sexualidade canalizadas inadequadamente²⁴. Na infância, o aparelho urinário é o representante do aparelho sexual ainda imaturo, e “a maioria dos distúrbios da bexiga deste período são distúrbios sexuais”²⁴. Consequentemente, a enurese noturna, quando não há uma disfunção neurológica, corresponde a uma “poluição noturna”²⁴.

Nas falas das crianças e dos pais, acerca da constipação intestinal, encontraram-se diversos significantes em comum que se repetiram ao longo das entrevistas preliminares, assim como se escutou uma pluralidade de sentidos e fantasias atribuídos ao sintoma. Os significantes, escutados pela analista, remeteram, na maioria das vezes, à pulsão anal: “fazer” *versus* “não fazer”, “prender”, “segurar” *versus* “soltar”, “dificuldade em dividir”; “ter que”, “não falar”, “dor”; “melar”, “grudar”, “sujo” *versus* “limpo”, “lavar”, “bater”, “abandonar”, “culpa”, “cobrar”, “não obedecer”, “teimosia”, “desobedecer”, “não conseguir”, “monstro”, “nascer”, “bebê”, “comprar”, “ganhar”, “dinheiro”, “cair”, “raiva”. A fase anal é a etapa na qual a libido da criança com constipação intestinal funcional encontra-se fixada²⁴. Ao prender as fezes, a criança volta sua agressividade contra o próprio corpo²⁴. Outras palavras associadas ao contexto também emergiram nas falas: “pai

ausente”, “limites”, “medo”, “tempo”, “estresse”, “tudo sou eu”, “mãe”; “angústia”, “agonia”.

Uma busca semântica dos significantes acima foi realizada e curiosos significados foram acessados. O verbo “fazer” origina-se do latim *facere* que significa obrar, executar, realizar, dar existência ou forma, produzir física ou moralmente, edificar, criar, dar³⁵; enquanto que o seu oposto, o verbo “reter” (do latim *retinere*) é definido como não deixar escapar da mão, guardar em seu poder o que é de outrem, conservar, fazer parar, deter, ter como preso, prender, encarcerar, conservar na memória, reprimir, refrear, conter, impedir de sair, amparar para que não caia, não avançar³⁵. A criança com constipação intestinal não solta, não dá uma parte de si mesma para o outro que a materna. Enquanto brincava com a argila, Lr (5 anos) fazia “bolas” que pareciam cíbalos: “Uma coisa que não é pra sair, aí... quando vai fechar assim, não sai [...] Aí depois cola e fica bem grudado”, falou Lr. A criança trata as fezes como o primeiro presente ou obra produzida que oferecerá à mãe; a criança constipada tem dificuldade de dar esse presente que representa, simbolicamente, um dom de amor^{24,36}.

A maioria das crianças investigadas apresentava dificuldades em fazer determinadas atividades ou tarefas; durante as entrevistas era comum elas repetirem frases como: “Não sei fazer”; “Eu tento fazer, mas eu não consigo”; desistiam de “fazer a obra” na primeira tentativa. A criança constipada *reprime* as fezes e *agarra-se* à fase anterior conhecida. Ela *não avança* para a fase seguinte que a ameaça com novos desafios. A mãe, por sua vez, demanda que a criança “tem que fazer” ou “tem que prender” o cocô naquele determinado momento. O “ter que” remete à exigência, característica própria da pulsão anal. “Ela é ruim pra soltar [...] Sou eu sozinha pra tudo”, queixou-se uma das mães entrevistadas. Uma menina de 7 anos (Ls) revelou, na sua fala, as duas facetas dessa dinâmica: “O cocô gosta de fazer na casa da vovó. Mas, às vezes minha mãe quer que faça na hora que não é a hora certa de fazer. Na hora que o cocô não quer sair! [...] Quando dá vontade, aí eu vou e faço [...] Vovó [avó paterna] não pede, aí eu vou e faço”. Lacan³⁶ afirmou que as fezes adentram na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Durante o processo da educação de higiene, a mãe dá duas ordens opostas: retenha as fezes e solte-as!

“Grudar” foi outro verbo em comum que apareceu nos discursos das mães e das crianças: “Ela não tá mais na idade pra ficar grudada em mim [...] Tá na hora dela cortar esse cordão umbilical comigo [...] ela é esse grude comigo”, diz a mãe de Iz. No brincar, quando joga a argila, JV falou “tem que grudar”. L: “Minha mãe é demais [...] Não deixa

nem eu ir na esquina sozinha [...] Depois fala que eu que sou grudada”. Mãe de L: “L é colada em mamãe? Ela diz que não gosta de mim e tudo... aí, quando é pra dormir, ela diz: ‘venha dormir comigo mamãezinha’”. “Grudar” significa pegar, ligar, unir, colar, fazer aderir, ser aceito, ser bem acolhido, juntar-se³⁵. O oposto dos verbos “reter” e “segurar”, “grudar” é o verbo “soltar” que carrega uma gama de significados intrigantes: desprender, desatar, desligar, tornar livre, afrouxar, despedir, deixar escapar dos lábios, dizer, lançar, arremessar, desfazer, apresentar fluxo involuntário de fazer funcionar, cair, sair, desinibir-se, peidar-se³⁵. A partir dessas palavras pode-se pensar na operação, descrita por Lacan²³, de separação simbólica a qual mãe e criança precisam atravessar. No segundo tempo do Complexo de Édipo, o pai real, presença privadora que representa a lei, é o agente da castração porque proíbe a mãe de gozar do corpo da criança e vice-versa²³. O pai real, mediado pela mãe, que é quem o instaura como lei, interdita a relação incestuosa retirando a criança do lugar de *falo* imaginário da mãe²³.

Com a evolução do tratamento, as crianças saíam da paralisia e começavam a falar: “Quero fazer coisas [...] brincar [...] conversar”; “pintar”, “melar”, “comprar”, “trabalhar”.

Para as crianças investigadas, algo para além das fezes precisava cair. Num dos casos (N, 3 anos de idade), tanto para a mãe quanto para a filha, identificadas imaginariamente, a fantasia em torno dos significantes “cair” e “soltar” as fezes era “nascer”. Nascer, do latim *nascere*, por *nasci*: vir ao mundo, vir à luz, começar a ter vida exterior, começar a crescer, a desenvolver-se, brotar, rebentar, surgir, gerar-se, sair, descender³⁵. Ao falar sobre o seu medo de que a filha precisasse ser “internada” por causa da constipação, a frase da mãe remeteu à ideia de um parto cesária: “Nove dias, eu imagino assim, o cocô já duro na barriga, sem conseguir sair de jeito nenhum, tendo que abrir a barriga pra tirar”. Para a criança, ao longo das entrevistas, o significante “cocô” deslocou-se para “bebê” – “cair” – “nascer”. A palavra “cair” (do latim *cadere*) semanticamente é definida como: ir ao chão em virtude do próprio peso, por desequilíbrio; descer sobre a terra; sucumbir, morrer, arriar, ser bem aceito, deixar de estar fixo pela raiz, desvalorizar-se, fraquejar; perder a importância; dar-se; atirar-se; jogar-se³⁵. A certa altura das entrevistas, a menina começou a arremessar os brinquedos e a deixar “cair” os bonecos que representavam a mãe e o bebê: “Caiu! [...] Papai vai salvar!”. Juntamente com essa ação, N, que inicialmente se mostrava calada, começou a falar o que lhe ocorria à mente durante o brincar. Ela e a mãe cantaram uma música do desenho de animação *Frozen* que remete à liberdade: “Livre estou... Livre estou... Não posso mais segurar... Eu saí pra não voltar”. Por outro lado, para Gb, “cair” estava associado a se machucar, autoagredir-se; enquanto

que para a adolescente F (12 anos), o verbo “cair” que antes significava cair no real, desmaiar (“Ela desmaia, cai no banheiro, ela se machuca”, dizia a mãe) ganhou outros sentidos: a passagem da infância para a adolescência e a desidentificação – deixar cair simbolicamente – do mal-estar da mãe em relação às traições entre o casal parental. “Eu penso sempre igual à mãe”, dizia F no início das entrevistas.

O discurso da mãe de F revelava-se autodestrutivo quando o assunto era “traição” e “vingança”:

Mãe: Ele me traía muito [pausa] e eu criei uma raiva dentro de mim [essa frase se repetia, no discurso da mãe, ao longo das entrevistas]. Quando eu descobri, eu já tava com ela [F] com quinze dias de parida [...] Nisso, doutora, começou criar uma raiva... um ódio. E eu ali: presa [...] guardei aquela mágoa dentro de mim [...] aí eu criei aquela mágoa dentro de mim... aquela vingança.

Eu passei três semanas fora de casa [...] sei lá, eu tive um negócio assim que eu sumi! Que eu só pedia na minha mente, pra eu me matar, fugir. Duas coisa: Ou eu rancar minha vida de uma vez, ou eu fugir do mapa, ninguém me achar [...] Eu cortei minhas pernas de arame que eu passei pulando a cerca e aí eu ganhei uma estrada de chão.

O deixar “cair” tornava-se custoso para diversas crianças desse estudo. Como “deixar cair” se o pai, aquele que supostamente a ajudaria a separar-se da mãe, as havia “abandonado” na realidade ou simbolicamente? “Abandono” foi outro significante em comum nas falas de algumas mães quando a analista indagou pelo pai: “Não existe. Abandonou ele quando ele [R, 11 anos] nasceu; disse que não era filho dele porquê ele nasceu branco. [...] nunca foi pai presente [...] logo quando ele me abandonou, eu tive depressão [...] Ele [o pai] diz: ‘Ah... não vou não! Eu não perdi nada aí’. Quando falava com o pai, o pai dizia: ‘Eu não perdi nada aí não’. [...] eu sou sozinha! Eu sou pra tudo. Ele não é um pai presente [...] Ele me dá náuseas”, falou a mãe de R.

R capturou, inconscientemente, o significante “náuseas” da mãe e, de alguma maneira, vomitava o pai que o “abandonou”. Segue um trecho da fala da mãe em entrevista conjunta com o filho R:

Mãe: Ano passado, ele ficou três meses internado. Teve diarreia... tanto vômito quanto diarreia. O vômito acho que era psicológico. Aí eu vi que a médica conversou comigo [...] eu comecei a trabalhar o psicológico dele: Meu filho, segure! Você não tem nada no estômago, segure. Faça esforço. Aí ele parou de vomitar. Só que a diarreia continuou.

R tinha muito o que “vomitar” e “soltar”, simbolicamente, a começar pela mãe. Contudo, inverteu a equação e passou a comer em demasia e “prender” as fezes. Os significantes da pulsão são os que constituem, por exemplo, a demanda oral do bebê à mãe e a demanda anal da mãe ao filho (o não menos famoso modelo da mãe pedindo as fezes ao bebê); essas demandas são atualizadas na transferência “pela demanda de amor, de interpretação e pelo dinheiro”⁸.

Durante as entrevistas, os significantes “sujar” e “limpar” também foram bastante comuns nas falas das crianças e dos pais. As mães, em geral, tentavam controlar o sujar, o melar e as misturas com a tinta que as crianças faziam. O mesmo acontecia quando relatavam sobre as fezes dos filhos, e eles reproduziam, muitas vezes, o mesmo discurso: “Você vai melar a roupa! Não trouxe roupa [...] aí ela fala: ‘Não deu tempo! O cocô saiu muito rápido’”, contou a mãe de AJ. Enquanto pintava, F disse: “Vai sujar a mão, não vai? [...] Iiii tá melando o papel [...] Ai, droga, eu sujei meu dedo todo. Tenho ginge disso”. Essa adolescente, assim como outras crianças participantes dessa pesquisa, pedia para “lavar” as mãos várias vezes durante as entrevistas. N repetia diversas vezes nas entrevistas: “Quer lavar mão! [...] A mão tá suja!”. O trecho abaixo explicita bem esse traço da pulsão anal:

Analista: Tem argila aqui. Quer brincar com argila?
 Gb: Não precisa não [...] (responde com tom irritadiço).
 Analista: Por que não precisa? Você não gosta de brincar com argila?
 Gb: É eu gosto, mas... sabe como é que é [...].
 Analista: Como é que é? Não entendi.
 Gb: Aí você vai... aí você vai, brinca e depois suja.
 Analista: E não pode sujar?
 Gb: Não, pode sujar que mela.

“Sujar”, segundo o dicionário Aurélio, é definido como: emporcalhar, tornar impuro, manchar, macular, corromper, perverter, contradizer, desmentir, defecar, evacuar involuntariamente³⁵. “Sujar” *versus* “limpar”, lembra Freud em *O mal estar na civilização*³⁷, que escreveu sobre a transformação do interesse genuíno das crianças pela função excretória e o desenvolvimento de um grupo de traços de caráter bastante familiar e importante para as exigências civilizatórias: o sentido de ordem, limpeza e parcimônia³⁷. Muitas vezes, esses traços aparecem ligados ao comer: “Ela gosta muito de banana, mas a banana tem que estar perfeita [...] a massa da banana tem que estar em perfeito estado porque senão ela não come [...] não pode ter um tracinho [...]”, falou a mãe de Iz (11 anos de idade). A mãe de J (3 anos) fez uma queixa parecida: “Ela não gosta de [...] sujar [...] até uma formiga no bolo mesmo, ela tem que tirar aquela parte fora e, se ficar sujinho com

alguma coisa, ela manda sair, manda tirar. Ela não quer mais [...] se tiver sujo e ela sente aquele pavor [...] tem que limpar logo [...] A gente corta tudo, bota tudo cortadinho no pratinho e, se tiver um carocinho que seja, ela manda tirar, ela nem pega”. Outra situação que demonstra o traço anal que remonta à ordem *versus* desordem, aparece no discurso da Mãe de MIs (7 anos): “Ela vai lá pra cima: ‘Mãe! Vou fazer cocô’. Ela faz assim: ‘Desliga a televisão, baixa tudo aí porque eu tenho que me concentrar. Pai! Tá alto, pai!’ Aí, antes ela tirava até o xampu, se tivesse em cima da... porque eu tenho um marmorezinho, sabe? Na pia, aí às vezes eu boto assim e fica. Aí ela tirava o xampu, tudo que tivesse e botava na porta do banheiro. Ela dizia que tava olhando pra ela, ela não queria ninguém olhando pra ela. Até o balde ela tirava. Balde, toalha, o que tivesse dentro do banheiro, ela tirava e jogava assim, na porta. Porque não quer zoada, quer ficar quieta lá, no canto dela pra fazer. [...] Tem dia que tira tudo”.

No que diz respeito à parcimônia e ao seu oposto, o desregramento, detectou-se esse traço no discurso de algumas mães quando falavam sobre os filhos. Segue um exemplo: “Ela é canguinha [...] anota tudo que gastou” *versus* “[...] gosta de tudo bom [...] das roupas mais caras [...]”, diz a mãe de Iz.

Os significantes “bater” e “dor”, por sua vez, apontam para os componentes pulsionais inconscientes sadomasoquistas, também específicos da pulsão anal – quando a agressividade é voltada contra o outro ou contra o próprio eu, respectivamente²⁴. Quando indagado sobre o “bater”, G afirmou que “precisa” apanhar para ele ter “controle” da sua raiva: “Porque, se bater, minha raiva volta ao normal. Eu fico com controle da raiva de novo”. “E o que você faz com a raiva quando sua mãe lhe bate?” Perguntou a analista. G respondeu: “Nada. Bebo água”. Analista: “Engole a raiva?” G: “Engulo”. No discurso de G, evidenciou-se um traço masoquista que, mais adiante nas entrevistas, ele esboçou uma elaboração: desenhou uma bateria e escreveu o nome separado “BATE RIA”. Quando G faz um corte (inconscientemente) na raiz do significante “Bateria”, aparece o *gozo* (“ria”, de rir) no ato de “bater”, não apenas no “apanhar”. G fez algo em relação a seu *gozo* ou prazer com a dor: falou do seu desejo de aprender a “bater” nos tambores e decidiu começar a tomar aulas de bateria.

O relato da mãe de Gb expressou bem esse aspecto da pulsão anal no filho: “Ele mesmo fala: ‘eu prefiro apanhar do que fazer [...]’”. Vale ressaltar que as violentas contrações musculares a partir da retenção das fezes provocam dor e grande prazer²⁴. Assim, a criança prende as fezes não apenas por “medo” da “dor” no momento de evacuar,

como muitos pais e médicos atestam, mas também porque sentem um certo prazer em retê-las²⁴.

A etimologia da palavra “angústia”, outra palavra comum encontrada no atual estudo, tem sua raiz no latim (*angustus*) que significa estreiteza, limite de espaço ou de tempo, aflição, ansiedade, tormento³⁵. De acordo com Kierkegaard: “determinação que revela a condição espiritual do homem, caso se manifeste psicologicamente de maneira ambígua e o desperte para a possibilidade de ser livre. [...] disposição afetiva pela qual se revela ao homem o nada absoluto sobre o qual se configura a existência”³⁵. Em *Inibições, Sintoma e Angústia*, Freud³⁸ descreve a angústia como um “estado afetivo que tem um caráter muito acentuado de desprazer” acompanhado de “sensações físicas referidas” aos “órgãos respiratórios e coração”, incluído aí “atos de descarga” por essas “trilhas específicas” com “percepções desses atos”. O autor acrescenta ainda que a angústia é um sinal do ego frente aos perigos inconscientes eminentes relativos aos impulsos incestuosos e agressivos³⁸. Porém, o perigo central é o perigo de castração ou de algo que remeta a ela como: abandono psíquico pelo desamparo físico e mental da criança, perda do *objeto* de amor, do seio (no desmame), das fezes e outras perdas próprias da vida³⁸. A angústia é aquela que não engana: ela aponta para o *real* (o inominável); este é o seu *objeto*³⁶. A morte é um exemplo do *real*.

Num dos casos pesquisados (J), a mãe falou do “desespero” e da angústia que sentia quando o pai da criança a ameaçava de “perder” a filha (tomar a guarda da filha). “Ela vai ficar pensando que eu abandonei [...] e eu não abandonei”, falava a mãe em prantos. Nas entrelinhas desse dizer, escuta-se a culpa dessa mãe que se encontrava presa nas acusações e desqualificações que o pai de J fazia em relação a ela; a mãe também era colocada num lugar desqualificado, de resto: “Ele (o pai de J) me chamava de burra, me chamava de incompetente [...] Fico pensando se não foi uma falha minha ter é [...] ter acontecido que ele arrumou outra mulher? Se a culpa não é minha [...] A culpa é minha [...] eu decidi ir embora [...] eu fui é ... tapada e deixei minha filha passar por aquilo”.

Continuou a mãe: “Porque se eu tivesse sido um pouquinho mais forte, não tivesse me separado [...] se eu tivesse sido um pouquinho mais forte, não tivesse ficado como ele queria, [ato falho] [...] ela não teria passado por tudo isso [...]”. Esse trecho denota um traço masoquista dessa mãe que se culpa por ter decidido separar do marido. Mas também deixa escapar um ato falho que diz sobre a sua escolha: “Se [...] *não* tivesse ficado como ele queria [...] ela *não* teria passado por tudo isso”. Se extrair os “nãos”, a frase transforma-se em: *Se [...] tivesse ficado como ele queria [...] ela teria passado por tudo isso*. O que demonstra que uma parte dessa mulher se dá conta de que, nesse aspecto da trama familiar,

a responsabilidade foi do ex-marido e de que não havia outra saída a não ser a separação. Freud³⁹ assegurou que no inconsciente não existe negativa e que os opostos convivem lado a lado; uma ideia reprimida pode alcançar a consciência sob a condição de que seja negada³⁹. “[...] na análise, jamais descobrimos um ‘não’ no inconsciente e que o reconhecimento do inconsciente por parte do ego se exprime numa fórmula negativa”³⁹.

A possibilidade de “perder” a filha conectou a mãe de J com o desamparo e com fantasias suicidas. J fez sintoma: o pai a colocou como moeda de troca do ex-casal parental, ao mesmo tempo em que foi capturada pela fantasia suicida e lugar de desamparo da mãe. As fezes, na etapa anal, passam a ser a moeda de troca, pois alcançam um estatuto de valor simbólico, um *objeto* de valor que a criança dá para a mãe quando esta faz a demanda^{17,23,24}. J foi posta no lugar das fezes que possuem, de acordo com Aldous Huxley, citado por Lacan³⁶, expressões da ambivalência (amor e ódio) do valor dado aos excrementos: admiração e renegação^{36,40}.

A angústia, portanto, pode ser lida como angústia de separação. A fase anal é uma das etapas do desenvolvimento psíquico da criança durante a qual ela reelabora separar-se da mãe e de uma parte dela mesma^{24,36,41}. Enfrentar os desafios dessa etapa representa uma passagem do investimento narcísico da criança para a construção de laços sociais²⁴. “Dividir”, que também remonta à perda, foi encontrada em vários casos carregando diversas significações. “Ela brincava sozinha [...] Aí ela não queria dividir”, queixou-se a mãe de F; L, outra adolescente entrevistada, revelou: “Eu acho que eu tenho mais dificuldade em dividir... assim, não muito, mas tipo... sei lá, é a mais complicada pra mim. [...] É... (Rsss) Eu [pausa] dividir pra mim é meio complicado, sabe... dividir um chocolate [pausa] comida, não gosto. Não é que eu não posso [...]”

“Dividir” (do latim *dividere*) semanticamente significa partir; separar as diversas partes de; estabelecer desavença entre; cortar, demarcar, apartar, repartir; efetuar operação de divisão; dispersar esforços em detrimento de um interesse comum, discordar, discrepar³⁵. A dificuldade com a operação matemática da divisão é uma outra faceta da dificuldade de dividir emergentes nos discursos analisados:

F: Acho que eu já falei que odeio matemática, não foi?

Analista: Qual a operação que você acha mais difícil?

F: Dividir [...] não gosto dessas coisas.

Analista: Nem de dividir o cocô?

F: É [...] eu passo um monte de dia sem ir no banheiro, mas, quando eu vou, sai tudo [pausa] sai um bocado.

Pinto e Neto¹⁷ encontram, em sua pesquisa com crianças que apresentavam o sintoma da encoprese, uma dificuldade peculiar dessas crianças na matemática, referente às contas de dividir; os autores interpretam que elas têm dificuldade com a troca na relação com a mãe e, ao lado disso, elas têm que lidar com um “resto”, com “algo que sobra” dessa operação de divisão¹⁷. Da mesma forma, como aparece em diversos casos, a criança apresenta mutismo, ou seja, “não fala” e conserva na memória suas ideias revelando uma “dificuldade em dividir”, não apenas as fezes, mas também a palavra. Assim atestou a avó de T (um menino de 4 anos de idade): “A mãe e o pai separaram, né? [...] Com essas mudanças, que eu vi que ele precisava [pausa] voltar pra conversar [pausa] porque às vezes ele [pausa] ficava preso [pausa] de falar, de se expressar [...] os sentimentos”.

Para cada sujeito falante, na busca de dar sentidos as suas angústias, os significantes se repetem e possuem significados diversos. Lacan¹⁴ defende a ideia de que a repetição está no simbólico; o sujeito repete na tentativa de dar conta dos traumas, das perdas e separações na vida. A repetição aparece no discurso, no brincar, no fantasiar, nas ações e na transferência do paciente com o analista¹⁴. No discurso, os significantes se repetem e insistem procurando dar sentidos àquilo que não se consegue dar palavras: o real da angústia¹⁴. No caso de N, o sintoma da constipação e os significantes que se repetiam nas entrevistas denotavam a angústia de separar-se da mãe que, desde o nascimento da filha, dispunha de pouco “tempo” devido à “correria” em meio a tanto “trabalho”. N fixou-se na fase anal como uma saída para dar-se um “tempo” de resgatar a fase de bebê – quando teve pouco o “colo” da mãe. “Tempo”, “correria”, “trabalho” e “pagar as contas” foram significantes recorrentes nos discursos de algumas famílias. A avó de T, que também o maternou, falou sobre a mãe do menino: “Às vezes [...] Essas meninas fica tudo [pausa] estresse de trabalho, na correria. Aí não tem aquele tempo, aquela paciência pra escutar o que ele quer, grita e tudo. [...] Aí, a gente faz, né? Quer dizer, preenche esse vazio”.

A mãe de N, por sua vez, “angustiada” diante da constipação da filha, não podia dar o tempo subjetivo que a criança precisava para evacuar. A mãe falava de si mesma como uma pessoa que se “cobra muito”, “tensa”, “não relaxa” e, às vezes, “resmungona”. A mãe descrevia o momento da evacuação da filha como uma “luta de sumô” quando a “pegava no colo” e “dobrava o joelho pra tentar quebrar a força do glúteo”; “Deixe filha, deixe o cocô sair!”, dizia a mãe que chorava angustiada e com medo da filha “criar um trauma do cocô”. De acordo com Pinto e Neto¹⁷, o momento de evacuar significa, para as crianças com encoprese, um *jogo de cabo de guerra*, em especial quando a mãe demanda que ela

faça o cocô em determinada hora e local. Os autores alertam que cada criança tem o seu tempo subjetivo para separar-se das fezes e também solicitar a ida ao vaso^{17,36}.

Com a evolução do tratamento, N começou a deslocar ação de “reter” as fezes para a ação de transgredir algumas regras estabelecidas e dizer “não” ao que lhe era proposto. Durante uma entrevista conjunta com o pai, N o desafiou. Pinto e Neto¹⁷ observam que, num determinado momento de transição da psicoterapia, a postura de oposição da criança, até então revelada no sintoma da encoprese, deslizou para a relação com as pessoas que lhe rodeavam¹⁷. “Do corpo para a palavra”, escrevem os autores: falar “não” passou a ser uma “etapa transitória” comum à maior parte das crianças analisadas com o sintoma da encoprese¹⁷. Passada essa fase, abriu-se caminho para o fortalecimento da transferência com o analista e, conseqüentemente, maior movimento para o estabelecimento de vínculos sociais por parte da criança¹⁷. A palavra “não”, num determinado momento das entrevistas, foi um significante em comum entre os casos atendidos na presente pesquisa. Momento em que a criança entendia que ali estava legalizado falar, sob transferência, da sua raiva; ocupar esse espaço na sua narrativa foi um dos fatores que contribuiu para a melhora ou remissão do sintoma da constipação intestinal funcional.

Algumas crianças, participantes dessa pesquisa, apresentavam encoprese associada à constipação e escondiam suas roupas íntimas em locais não destinados à prática de defecação como, por exemplo, nos armários. Segue uma fala da mãe de Iz: “Minha irmã tava fazendo uma faxina na casa e achou escondido. O tanto de remédio que achou no quarto dela [...] que ela achou escondido, que ela esconde [...] mais de dez calcinha [pausa] que ela suja de cocô às vezes [...] Tudo guardado, escondido. [...] E mentindo [...]”. O que essa criança “escondia” subjetivamente e, ao mesmo tempo, deixava escapar por meio do sintoma da encoprese e do descuido de si mesma? Ao longo das entrevistas, Iz saiu do mutismo e começou a falar da “tristeza”, por não poder morar com a mãe, e da raiva do pai que as havia “deixado”. A mãe custou a elaborar que o sintoma da filha queria dizer alguma coisa – “chamava atenção” para algo que não estava bem com a criança: “[...] Se ela procurar se ajudar e me ajudar, eu me esforço pra vim. Mas, desse jeito, pegando meu dinheiro e jogando fora com comida, com remédio, com passagem. [...] Ela na verdade quer chamar atenção”.

“Teimosia” e “desobediência” foram outras queixas comuns dos pais das crianças com constipação intestinal. “Ela não pensa antes de fazer e não aceita limites [...] Ela é muito desobediente, respondona. [...] joga as coisas em mim e me bate quando eu não faço o que ela quer”, falou a mãe de Ls. O verbo “teimar” (do grego *théma*, assunto de um

discurso, proposição; pelo latim *thema*) significa insistência em fazer alguma coisa, ainda que enfrentando dificuldades ou obstáculos; obstinação³⁵. E “desobedecer” é definido como não se submeter, transgredir, infringir, violar: desobedecer a lei³⁵. Essas são características típicas de crianças fixadas na fase anal, diz Freud²⁴. O contexto em que a “teimosia” se revela na presente investigação é de que esse significante está ligado à função paterna fragilizada, pois há uma certa complacência dos pais frente às demandas dos filhos. A função paterna é fundamental no desenvolvimento psíquico da criança e está relacionada aos três tempos do complexo de Édipo anteriormente descritos. Lacan¹⁶ atestou que o sintoma da criança diz respeito à *verdade* inconsciente da mãe ou do casal parental. Na atual investigação, notou-se, por exemplo, que algumas crianças se comportavam de maneira obstinada em casa, contudo na escola eram obedientes, cordatas e colaboradoras: “Agora na escola, não dá trabalho. É prestativa, é inteligente [...] não dá trabalho”, falou a mãe de Lr; “[...] ela ama estudar e não gosta de perder aula”, disse a mãe de F. A mãe de Gb queixou-se do comportamento do filho com ela em casa: “Ele é gaiato [...] não quer obedecer, gosta de rir [...] por exemplo, eu mando ele estudar, ele começa a rir e faz pouco. [...] Eu não sou os coleguinhas dele. [...] ele responde, questiona, chantageia. [...] E dentro da escola, a professora falou que ele é um dos melhores alunos [...] em todos os sentidos”. Esse é um dos dados da pesquisa que corrobora com a ideia de que o sintoma da criança é dirigido aos pais.

As mães, na maioria dos casos estudados, impediam que os pais exercessem suas funções e os desqualificavam, apesar de, no discurso, queixarem-se da ausência dos mesmos na educação dos filhos: “O problema em si dos filhos, sou eu que resolvo. Passo pra ele depois. Porque, se passar (sem resolver), aí é problema. Eu que tenho que resolver mesmo”, mãe de MIs.

Os pais, por sua vez, em geral, não faziam o movimento de intervir e participar, embora reclamassem: “Parece também que eu não sei fazer nada, velho! ”, disse o pai de T, demonstrando-se ofendido porque o filho passava mais tempo com a família materna. Num trecho da entrevista dos pais de MIs, essas contradições apareceram no discurso do casal:

Mãe: Mas é. Ele sempre fez vontade aos filhos. Mas não é só isso [...] eu concordo com ele. Às vezes eu quero que ele entre.

Pai: O limite quem dá mais é ela. Também porque eu fico ausente, né [...] quando eu chego eu quero brincar e dar risada com ela. Eu não quero chegar e gritar. [...] parecendo aquela figura que só chega pra brigar.

Mãe: Não! Não! Eu quero que ele entre.

Pai: Nem sempre, viu! Eu tomo cada dura: Não se meta!

Outras mães revelaram desqualificação dos pais em suas falas:

O pai é pacieeeeente! Uma pacieeeeeeeência [...] Só presta mesmo pra brincar. Nunca vi um homem pra gostar de brincadeira. Brinca o dia todo! [...] O pai gosta mais de brincar [...] quem dá limite sou eu. (Mãe de F).

Eu que dou os limites [...] faço tudo da casa escola, pago conta, dou comida [...] sou eu. O pai só gosta de ficar brincando: é uma criança [...] tem vezes que me dá vontade de sair sozinha e lagar tudo: filho, casa [...]. (Mãe de Ls).

Grande parte das crianças estudadas encontrava-se “no meio” das questões do casal ou ex-casal parental, cada uma com as suas particularidades. “Traição”, “brigas” e “mágoas” entre o casal parental: “Eu falei com ela, que a gente já teve um momento de ter uma separação. F ficou muito triste. Depois desse problema todo que F veio a ter esses problemas, não foi?”, revelou a mãe. E o pai acrescentou: “Tenho medo que ela (a esposa) largue tudo [...] como já fez uma vez”, por isso “eu prendo ela”.

Em outras famílias, as crianças literalmente dormiam no meio do casal, na cama: “Ela é que preenche o espaço, ocupa tudo do casal: tempo aqui, tempo ali [...] Por sinal ela ainda dorme até com a gente, sabe?” Falou a mãe de MIs. Pai: “Ali mesmo no território marcado. [...] não tem jeito. Eu nem quero que tire por isso”. Mais adiante, nessa mesma entrevista, o pai retificou: “Eu me me coloquei mal. Não é assim, eu não quero. É porque eu tenho certeza que de madrugada [...] ela vem, ela vem, aí grita alto [...] gritando a mãe”.

No caso de Gb, a mãe queixava-se e cobrava do filho: “Ele [o filho] tem que me ajudar [...] Só isso que eu cobro dele [...] Doutora, tudo é uma briga [referindo-se ao casal] ... E tudo é uma confusão, tudo é uma agonia, e Gb no meio [...] Gb no meio [...] O casamento é um fracasso”. A mãe de Gb tentava barganhar com o filho: “Você tem que aprender a ser meu amigo [...] Se você fosse meu amigo, eu já teria resolvido meu problema”. Na demanda que a mãe fez para o filho, ficou clara a fantasia de fazer aliança com a criança para se separar do marido e, assim, excluir o pai. O filho invertia o lugar de autoridade, desqualificava a mãe e desafiava o pai, uma maneira de pedir socorro: “Minha mãe grita comigo” e “Meu pai não liga pra mim; é ausente”, replicou Gb. O pai denunciava: “Ela [a mãe] tira minha autoridade, como pai. Isso tá errado. Tá errado porque ele vai crescendo e diz: bem, se eu faço isso errado aqui, minha mãe vai me defender”. Contudo, o pai de Gb atestou fragilidade no exercício da sua função ao permanecer ausente na educação do filho; substituía, por exemplo, a palavra pelo ato de “bater”.

G (8 anos de idade) é outro caso que revelou o aspecto acima levantado. As brigas do casal giravam em torno de uma traição do pai de G e de dinheiro. A mãe “cobrava” que o pai de G comprasse uma casa. O pai falou que se “cobrava” muito também, mas que “tinha que fazer as coisas”, “pagar dívida”. “Ela me cobra muito [...]” O pai admitia: “Essa carga emocional, aqui em cima dele, não vai fazer bem a ele [...] a gente tá discutindo por besteira [...] Ele mesmo fala, ele mesmo se mete na conversa: ‘O limite! Vão continuar de novo, brigando?’”. A mãe, ao falar sobre a crise do casal, dava-se conta da posição subjetiva do filho na dinâmica familiar: “E G nesse meio [...] Pra mim casamento tem que ter cumplicidade, tem que ter amor, tem que ter respeito [...] Não tem. Não tem! É como se a gente vivesse dois mundos diferentes [...] E G nesse meio [...]. Quando ele [o pai] tá com raiva, ele bate, mas ele xinga [...] o que é pior. E xinga, ele xinga, ele xinga G [...] agora, [pausa] é abestalhado [pausa] é idiota. Eu acho que é pior do que se você der um tapa, né?”.

Quando se investiga os discursos, importa perguntar primeiro do que ele é feito (repetições, sentidos, condições de enunciação) e depois, o que esse discurso produz, que tipo de prazer e dor ele esboça²⁷. Também se pode detectar, na fala do paciente, exigências superegoicas, idealizações, efeitos de luto, dentre outros²⁷.

Outro fator relacionado aos verbos “teimar” e “desobedecer” foi a fantasia de “morrer” como uma punição. Os pais de Gb, por exemplo, ao se sentirem impotentes, muitas vezes lançavam mão de ameaças que agravavam a condição psíquica do filho. Seguem abaixo fragmentos da entrevista com o menino:

Gb: [...] ontem minha mãe fala assim... assim, por exemplo, minha mãe fala: e aí eu penso, quando ela fala Eu sonhei com água barrenta; aí eu já fico assim ó, imaginando assim que sou eu que vou morrer. [...]. Aí como eu não... aí eu não quero morrer aí minha mãe fica dizendo que eu não obedeco... aí então obedeça. Entendeu?

Analista: E sonhar com água barrenta quer dizer que vai morrer?

Gb: É. Significa isso. Minha avó que é idosa, já sabe disso: que água barrenta quer dizer morte e choro.

Analista: Se você não obedecer sua mãe, o que acontece?

Gb: Não sei... minha vó disse que tem que obedecer sua mãe. Porque senão ela diz algo assim: Deus! Bota num caixão pra logo salvar a alma! Minha mãe que diz: Bota num caixão, meu Deus, pra salvar a alma dele! Que assim ele não vai salvar a alma não. Diz assim mesmo.... Aí já fico assim logo aterrorizado [...].

A palavra “aterrorizado” significa dominado pelo terror, apavorado³⁵. “Medo”, outro significante em comum na fala das famílias investigadas: “Ela tem medo de ficar sozinha. [...] tem medo de tudo [...] e não é só de noite não. E não é só de noite não, que

ela tem medo. Ela tem medo qualquer hora do dia. Se ela ver que não tem ninguém em casa, pode tá a porta aberta, tudo aberto, ela não vai” (fala da mãe de Iz). Medo vem do latim *metu*, pertencente à Média, antigo reino do atual Irã (Ásia); médico; língua indo-europeia, extinta, falada pelos medos; sentimento de grande inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário de uma ameaça; temor, susto, pavor³⁵.

O medo pode ser uma estratégia da criança de requisitar a intervenção da lei paterna que faz barra à angústia de estar submetida ao desejo inconsciente da mãe. Freud⁴² abordou essa questão com maestria quando escreveu sobre o pequeno Hans, um caso de fobia numa criança de cinco anos de idade. A fobia de Hans foi o meio pelo qual a criança pediu que o pai interditasse tanto a sua relação incestuosa com a mãe quanto seus impulsos agressivos dirigidos ao seu rival, o pai, que também era amado e admirado por Hans⁴². As crianças desse estudo encontravam-se assujeitadas às demandas e fantasias das suas mães. Elas manifestavam essa questão na fala como, por exemplo, o menino Gb que dizia que a mãe o colocava no lugar de “nada”: “Depois ela [a mãe], ela diz que eu não valho nada [...]”. O significante “Nada” se endereça ao significante “tudo”. Essa criança vale tudo e ao mesmo tempo “nada” para sua mãe, assim como o valor dos excrementos: a sobra e o ouro. Ainda que submetidas às fantasias das mães, essas crianças encontraram uma forma de requisitar a função do pai por meio do sintoma da constipação.

Seguindo a pesquisa semântica, examinou-se o verbo “prender” (do latim *prehendere*) que significa tornar unido o que estava separado, ligar, atar, tolher, embaraçar, capturar, privar da liberdade, encarcerar, fixar, segurar, atrair, seduzir, cativar, encantar, conter, apanhar, amarrar, relacionar-se, afeiçoar-se³⁵. Significados que, em sua maioria, conduzem à ideia de controle. O sintoma da constipação intestinal funcional revela um controle que ambas (mãe e criança) tentam exercer uma sobre a outra. A criança “prende” as fezes e priva, muitas vezes, a mãe de fazer outras atividades. “Ela tá presa tem quinze dias [...] O cheiro de cocô [...] Ninguém suporta ela [...] Eu entro no banheiro com ela [...] pra ver o sofrimento dela [...] Aí eu invado o banheiro”, falou a mãe de F.

Contudo, o verbo “prender” pode aparecer no discurso velando um desejo pelo seu oposto, oposto àquele que se pode associar à prisão de ventre ou prisão ao ventre materno. Gb começou a brincar com argila e construiu uma “prisão”. A analista perguntou: Para quem é essa prisão? Gb respondeu: “Pra mim mesmo [...] Eu fico preso também num buraco que eu faço e fecho. E não tem porta. Não tem uma janelinha assim, pra eu voar assim”. Implícito na ideia da “prisão” encontrava-se o desejo de “voar”, de libertar-se. Após um tempo de tratamento, ele expressou querer se “libertar da mãe”.

No presente estudo, os significantes “prisão”, “prender”, “preso” repetiu-se no discurso dos pais e das crianças e, algumas vezes, associados à ideia de “morte”. Alguns pais prendiam os filhos em casa, não deixavam eles brincarem na rua. Noutro caso (JV de sete anos), os pais sentiram-se presos após o nascimento do filho: “Quando JV nasceu, a gente ficou muito preso [...] não podíamos mais sair”, revelou o pai. A mãe de Ls afirmou: “Lá em casa, eu não deixo ela solta [...] ela fica mais presa”.

No caso de Lr (de cinco anos), o início da constipação foi marcado pela prisão do pai na cadeia, seguida da sua morte e morte do avô materno. Após a morte do pai de Lr, a família se “isolou” ainda mais “do mundo”, falou a mãe. Esta nunca conversou com Lr sobre a morte do pai: “Morreu, enterrou”. A primeira vez que a mãe falou sobre essa perda foi na entrevista: “Ela pergunta”, diz a mãe, “Mas eu não gosto de falar nisso não. Não sei nem porque comentei naquele dia (na entrevista)”. A analista marcou para a mãe que ela precisava e queria falar sobre o assunto nas entrevistas, e perguntou se nunca falou sobre a morte do pai com a filha. Ao que responde a mãe: “Nunca. Nem sobre a morte nem como aconteceu”.

Lr, ao longo das entrevistas, começou a falar do pai e do luto: “Outro dia eu sonhei que ele tava no céu [...] É que antes de minha mã... (ato falho) Ô, antes de meu pai morrer, mainha é porque mainha deixou ele sair, aí depois ele foi [...] aí a polícia atirou nele. Aí mainha deixou, ela disse ‘Não, Y’, aí ele foi [...] ele ir. Era pra ela ter trancado, nera?”. Pode-se ler, nessa fala, a fantasia edípica de Lr: a raiva da mãe que, na sua fantasia, a separou do pai amado. Algumas vezes Lr chamava a mãe de “cagona”, “demônio” – uma maneira de expressar sua raiva: “Porque ela mesmo caga. Cagou até na mão [...] mamãe faz cocô nas calças”; “Mamãe é o Chuck [...] é o demônio! Minha mãe é muito demônio!”; “Se minha mãe fosse um demônio, ia matar o demônio [...] Às vezes eu penso que painho morreu com minha mãe. Eu digo: Ô meu Deus!!! Minha mãe teve que morrer. Eu tou sozinha!” (Lr imita voz de choro). Como se encontrava no eixo imaginário de amódio com a sua mãe, Lr também falava da mãe que idealizava: “Aqui é mamãezinha bonequinha”.

Ao longo das entrevistas, Lr começou a recuperar a narrativa que estava aprisionada no sintoma da constipação intestinal. As ideias e as palavras começaram a ganhar novos sentidos. “Matar a mãe” ganhou o sentido de “descolar”, elaborar o luto do pai e “fazer” sua marca no mundo, a “obertura”, que para Lr também significava “linguiça”. Abaixo um fragmento da entrevista de Lr enquanto brincava com argila:

Lr: Porque mamãe disse que ia salvar [pausa] papai. Mas ele não vai [...].

Analista: É por isso que não dá o cocô para mamãe? Porque você acha que ela não salvou papai?

Lr: Mamãe é muito chata.

Mãe: Acaba com mamãe todos os dias.

Lr: Acabo com mamãe, mas com papai eu não acabo.

Mãe: Ela fala no pai dela direto agora [...] diz que tem saudade. Chorou.

Analista: O que você fez com a argila?

Lr: A obratura.

Analista: O que é “obratura”?

Lr: Obratura é uma linguíça.

Analista: “Obratura” é Obra tua!

Segundo Groddeck, a similaridade entre “fezes-nascimento-concepção e linguíça-pênis-fortuna-dinheiro” se reproduz a toda hora no inconsciente, “nos enriquecendo ou empobrecendo, nos tornando enamorados ou sonolentos, ativos ou preguiçosos, poderosos ou impotentes [...]”⁴³. Essas características consideradas pelo autor relacionam-se a outro significante em comum, entre os casos, acerca do sintoma da constipação – “lerdeza” e “preguiça”: “E ela também tem um problema também de lerdeza. [...] Por exemplo, ela tá varrendo a casa, naquela devagareza!”, falou a mãe de F. A adolescente disse que se achava “preguiçosa” [...] “não faço nada da vida [...] aí mainha reta. Ela fala: ‘Você não fez nada e tá cansada’”. A mãe de JV assinalou um traço relacionado à dificuldade do filho com a agressividade: “Ele não morde. [...] até comida ele não morde. Preguiçoso. Não gosta de carne porque mastiga muito [pausa] tem preguiça [...]”. A adolescente L, que dormia na cama com a mãe, no lugar que supostamente deveria ser do pai, falou: “Tenho o sono agitado. [...] acho que eu, em si, sou agitada! (Rsss) [...] Consigo relaxar mais quando durmo no sofá, à tarde [...] Eu fico sentada na cama, durante minha agitação”.

O sintoma no corpo, em princípio o histérico, é um dos efeitos do inconsciente ou “fenômenos da linguagem” que pode ser objeto de pesquisa¹¹. Freud¹³ já sinalizava que um sintoma está associado a vários significados simultânea e sucessivamente; também pode mudar seus significados ou seu sentido central, bem como pode transitar de um significado para outro¹³. Outra característica do sintoma nas neuroses é a sua característica conservadora, ainda que a ideia inconsciente que se expressou nele tenha perdido significado¹³. Ocorre, então, um deslocamento de uma excitação psíquica para o corpo que o autor denominou de conversão, na histeria¹³. A inibição que aparece por meio da fala contida nos casos das crianças constipadas, por exemplo, aponta para a neurose, a princípio histeria. A partir da perspectiva econômica ou distribuição da energia psíquica, quando a

libido é investida no *Ego* ou no *objeto*, pode-se conceituar a inibição da histeria de angústia pela interrupção do desencadeamento da pulsão agressiva. No luto ocorre o retorno da angústia contra o próprio eu²¹. Em *Inibições, sintomas e angústia*, Freud³⁸ conceitua a inibição como um sintoma que encobre para o indivíduo a angústia do seu desamparo.

O mutismo foi outro aspecto detectado em algumas crianças com constipação intestinal funcional: a maioria sussurrava, falava para dentro. As seguintes frases eram comuns nas entrevistas iniciais: “Ele não fala das coisas que incomodam” (pais de JV); “Muito emburradinha [...] Ela fica sem querer falar [...] A gente pergunta as coisas, ela fica calada [...]” (mãe de J); “Ela fica numa ansiedade pra vim, quando chega aqui, ela se fecha [...] Tem que falar!” (mãe de Iz). “Comigo ela se abre [...] Ela é muito vergonhosa. [...] nem o pai dela, ela se abre. Nem o pai dela, ela se abre” (mãe de F); “Fale aí mainha”, dizia F para a mãe falar por ela. A mãe fala: “Ela é vergonhosa. [...] Desde de que completou 10 anos. Porque quando era criancinha, nossa! Era uma papagaia. Era uma papagaia! [...] Depois que começou a ficar mocinha, e depois que ela adoeceu ficou pior!”* Os significantes “vergonha” e “fazer” encontravam-se associados na fala de F: “Eu tenho vergonha de fazer muitas coisas [...] Eu tenho vergonha de falar [...] Eu não consigo falar de mim [...] só que [pausa] eu sou p... [ato falho] quando eu era pequenininha, eu era uma tagarela, conversava demais; agora fiquei quieta”. Quando a criança não travava a boca para falar, travava a boca para comer:

Está ruim pra comer; não quer comer nada [...] come assim... o mingau. O mingau graças a Deus é o que me salva, (mãe de J);
 [...] em casa come péssimo. [...] aí a gente fica naquela angústia: não comeu o dia todo, precisa comer alguma coisa [...] pior que eu já vi ela o dia inteiro sem comer nada!... pedindo: “Gagau! Gagau!” (mãe de N);
 Ele mamava e jogava fora (pai de G);
 Não consegue comer [...] ela come brigando (pausa) é. Batendo na cara. Dá tapa na cara... eu dou bolacha [tapa no rosto] senão ela não come! [...] aí quando eu falo grosso, que é preciso eu falar grosso [...] é preciso eu fazer isso senão ela sai sem tomar café, sai meio sem almoçar, dorme sem jantar, se tranca no quarto!
 F fala: Ah mãe, eu tou comendo não é por mim não. É pela senhora. [...] ela não faz as coisas por prazer, nem por ela. Ela faz assim: se eu não comer, eu vou apanhar mais [...] é uma guerra na hora de comer [...] eu faço força! (mãe de F).

“Eu tenho nojo de comer [...] É porque eu acho que a comida me faz mal [...] Não quero ficar gordo [...] Pra não ficar igual à barriga de meu pai [...] eu fui enjoando de

* O mutismo, em F, associado ao sintoma da constipação intestinal funcional também está relacionado à passagem da infância para a adolescência. Conferir análise sobre o significante “cair” nas páginas 114-115.

alguma coisa [ato falho] enquanto eu crescia [...] eu fui enjoando de algumas coisas [...] Eu era gordo quando eu era pequeno [...] Toda vez que eu comia verdura eu vomitava [...] Acho que alguma coisa tinha mudado ali [...] dentro de mim [...] pra eu parar de comer”, afirmou G. Ele brincava com o boneco que representava o menino que não queria comer e jogava fora a comida. G apresentava perda de peso constante. Ao longo das entrevistas, esse menino passou a falar mais das suas dificuldades. Com o passar do tempo, começou a comer melhor, ganhar peso e houve a remissão do sintoma da constipação intestinal.

A mãe de Iz queixava-se que a filha jogava fora os pratos de comida integral e que a filha comia muito mal: “Pra comer é um horror. Só quer comer arroz branco, com carne frita ou carne cozida. Não quer mais nada”. E os pais de JV diziam: “Ele só quer comer porcaria”.

O oposto de “comer nada” apareceu em outros casos que denotaram ansiedade das crianças: “Às vezes ela quer comer duas coisas de vez [...] às vezes nem termina. Parece que tem duas bocas”, disse a mãe de Lr.

As zonas erógenas podem ser qualquer região do revestimento cutâneo-mucoso (a pele, a boca, o ânus, a uretra, os genitais, o mamilo) e possuem um *objeto* específico: *objeto* da zona anal são as fezes com todo o valor simbólico que carrega; o *objeto* da zona oral é o mamilo²⁴. As zonas erógenas também possuem²⁴ um objetivo ou uma meta sexual que é a de obter satisfação parcial, um determinado prazer^{24,32}. Freud²⁴ chegou a estender essa propriedade para os órgãos internos do corpo. A boca e o ânus são fontes de excitação intimamente imbricadas e, muitas vezes, sintomas associados aparecem nas queixas dos pacientes e revelam fixações da libido nas etapas pré-edípicas²⁴. O paciente R também apresentava sintomas orais associados à constipação: comia em demasia e conseqüentemente estava com sobrepeso. As formas de satisfação da sua libido estavam fixadas nas fases pré-edípicas oral e anal. Identificado com a mãe, sua voz e jeito de falar eram femininos, semelhantes aos da mãe. R sangrava no momento de evacuar e associava esse fato à menstruação. Essas questões apareceram numa entrevista conjunta com a mãe:

Mãe de R: Amamentei até 4 anos e meio! (Rsss) Ele grudou no meu peito. Ele não largava não! Ele mamou até 4 anos e meio!!! E eu tirei a pulso!
R: Pra descer é um... [...] uma coisa dura de descer e quando desce, às vezes, vem com sangue. Parece, às vezes, que eu tou menstruando. [...] ah, sinto vergonha né... porque se acontecesse na escola [...] Ah! Aconteceu sim. Quando eu tava andando na escola, eu senti uma coisa líquida, descendo por aqui assim [...] Aí quando eu cheguei em casa, que tirei a cueca, tava cheia de sangue. Vai que algum amigo, algum colega meu, percebe! Ia ser uma vergonha!

A: Porque a fantasia é que você está menstruando, que você é uma menina? Essa é a fantasia?

R: É. É.

Lacan¹⁴ vai além quando descreve a libido como um órgão específico dos seres falantes e que extrapola os limites do corpo: um órgão incorpóreo que, na histeria, se torna corporificada^{14,44}. Um corpo, mais um órgão não corpóreo, a libido⁴⁴.

A paciente de Freud¹³, Dora, apresentava alguns sintomas orais como tosse, afonia, se alimentava mal por sentir uma aversão por alimentos e, além disso, dizia sentir uma “pressão na parte superior do corpo”¹³. Todos esses sintomas eram frutos de um “deslocamento da parte inferior para a parte superior do corpo” relativo às fantasias sexuais de Dora¹³. Freud relacionou o catarro genital com os sintomas histéricos de Dora, pois escutava os relatos dos colegas médicos que confirmavam a relação entre o aumento do catarro genital, a perda de apetite e vômitos nas pacientes histéricas¹³.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica da Psicanálise prima pela escuta dos significantes. A escuta, em atenção flutuante, é a via por meio da qual o analista rastreia a libido e suas fixações que emergem na fala do paciente sob transferência. Essa técnica, utilizada nas entrevistas preliminares, obteve soluções parciais, contudo significativas: a cura do sintoma da constipação em sete crianças, uma melhora importante do sintoma em três crianças, uma maior aceitação dos limites impostos pelos pais, mais socialização, melhor canalização da agressividade, aproximação da criança com a figura paterna e melhor desempenho escolar. Essas consequências demonstram que a Psicanálise cura pelo significante uma vez que a fala, no tratamento, atravessa o corpo e provoca efeitos de cura, a começar por uma retificação subjetiva.

A retificação subjetiva significa um reposicionamento do paciente frente ao seu sintoma, uma vez que o sujeito se implica na reivindicação que lança ao analista⁸. A retificação subjetiva na histeria, por exemplo, tem como objetivo sair da posição de “vítima sacrificada” e queixosa à de “agente [...] que sustenta seu desejo de insatisfação”⁸. O reposicionamento subjetivo “introduz a causalidade da neurose [...] apontando para a divisão do sujeito”⁸. No caso das crianças dessa investigação, a divisão apareceu da seguinte forma: elas começaram a se dar conta do desejo de manterem-se coladas à mãe

por meio do sintoma da constipação intestinal *versus* a demanda (necessidade + desejo) pela função paterna.

Os significantes produzidos nas falas dos pacientes denunciaram como o sintoma da constipação intestinal na criança revela, primordialmente, a subjetividade da criança, da mãe, a crise do casal (ex) parental e a função paterna fragilizada. A maior parte dos significantes que emergiram encontra-se imbricada e expõe traços da pulsão anal percorridos por Freud²⁴: componentes sadomasoquistas, as fantasias sexuais infantis em relação aos bebês – *que são feitos pelo ato de comer e nascem pelo ânus* – e, a equação *fezes-presente-bebê-falo-poder-dinheiro*.

A partir da repetição dos significantes e elaboração das suas diversas significações, ocorreu o deslocamento dos mesmos para novos significantes e sentidos. Esse fato demonstrou a importância da repetição na técnica da Psicanálise e direção da cura,⁴⁵ “segurar” - “prender” - “cair” - “nascer” - “fazer” - “dinheiro” - “comprar” é um exemplo de deslocamento dos significantes trazidos pelas crianças da presente pesquisa. Para Lacan¹⁴ e Freud⁴⁶, o sujeito repete no simbólico procurando elaborar os traumas e os furos. “Para saber do sujeito, só há um método: discriminar a rede de significantes. [...] e, uma rede se discrimina como? É voltando, retornando, cruzando seu caminho, que ela se cruza sempre do mesmo modo [...]”¹⁴. É na repetição que surge o novo e acontecem as mudanças.

A analista deparou-se com algumas dificuldades ao longo das entrevistas como: neurose grave da mãe; crise no casal (ou ex-casal) parental; resistência dos pais ao tratamento e, conseqüentemente, da criança; falta de tempo e dinheiro para transporte e/ou hospedagem. Quatro famílias não aderiram ao tratamento.

Durante o processo de codificação das entrevistas, a maior frequência dos códigos listados foi *pulsão anal* e *criança sintoma da mãe*. Esse dado abre para novas pesquisas no campo da Psicanálise quando Lacan³⁶ atestou que as fezes adentram na subjetivação da criança por meio da demanda da mãe³⁶.

A atual pesquisa procura dialogar com profissionais de diversos saberes que se interessam pelo caminho da Psicanálise. Nesse sentido, espera-se que os profissionais das equipes multidisciplinares possam escutar os significantes identificados nesse estudo e, assim, obter maior qualidade no atendimento, eficácia nos encaminhamentos e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para as crianças portadoras do sintoma de constipação intestinal funcional.

REFERÊNCIAS

- 1 Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
- 2 Cumiotto C. As entrevistas preliminares e a clínica psicanalítica. In: Backes C, organizador. A Clínica Psicanalítica na Contemporaneidade. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2008. p. 17-24.
- 3 Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). Rio de Janeiro: Imago; 1969. (Obras psicológicas completas, 2).
- 4 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Radiofonia; p. 403-448. (Campo Freudiano no Brasil).
- 5 Freud S. O caso de schreber e artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1896. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise; p.149-163. (Obras psicológicas completas, 12).
- 6 Cottet S. Las entrevistas preliminares. In: Indart CJ, organizador. Acto e interpretacion. Buenos Aires: Manantial; 1984.
- 7 Freud S. O Caso Schreber, Artigo sobre Técnica e outros trabalhos (1912-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1969. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I; p.163-187. (Obras psicológicas completas, 12).
- 8 Quinet A. As 4+1 condições da análise. 14. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2016.
- 9 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud; p. 493-532. (Campo Freudiano no Brasil).
- 10 Freud S. A interpretação dos sonhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. (Obras psicológicas completas, 4).
- 11 Nogueira LC. A pesquisa em psicanálise – aula. Psicologia USP (São Paulo), 2004 Jan;15(1-2):83-106.
- 12 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Televisão; p.509-543. (Campo Freudiano no Brasil).
- 13 Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1980. Fragmento da análise de um caso de histeria. Caso Dora; p. 18-52. (Obras psicológicas completas, 7).
- 14 Lacan J. O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.
- 15 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Do sujeito enfim em questão; p. 229-237. (Campo Freudiano no Brasil).
- 16 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Nota sobre a criança; p. 369-370. (Campo Freudiano no Brasil).

- 17 Pinto ACT, Reis Neto RORBH. Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. *Estudos de Psicanálise* (Belo Horizonte), 2012 Jul;37:15-24.
- 18 Lindenmeyer C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo psicanal.* (Rio de Janeiro), 2012 Dez;44(2):341-359.
- 19 Azevedo LJC, Féres-Carneiro T, Lins SLB. Sintoma infantil: efeito da transmissão Psíquica? *Cad. Psicanál.* (Rio de Janeiro), 2014 Jul-Dez;36(31):169-186.
- 20 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Subversão do sujeito e dialética do desejo; p. 807-842. (Campo Freudiano no Brasil).
- 21 Kaufmann P, editor. *Dicionário enciclopédico de psicanálise – o legado de Freud e Lacan*. 2. ed. Vera Ribero e Maria Luiza X. de A Borges, tradutoras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996. Faló; p.191-195. Sintoma; p.478-479. Trauma; p.558-559.
- 22 Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). Rio de Janeiro: Imago; 1969. O sentido dos sintomas. Conferência XVII; p. 265-279. (Obras psicológicas completas, 16).
- 23 Lacan J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. (Campo Freudiano no Brasil).
- 24 Freud S. Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro; Imago; 1969. Três ensaios sobre a sexualidade (1905); p. 129-238. (Obras psicológicas completas, 7).
- 25 Freud S. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1896. Carta 52 (Afasias); p. 254-259. (Obras psicológicas completas, 1).
- 26 Freud S. Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899). Rio de Janeiro; Imago; 1996. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos; p. 35-47. (Obras psicológicas completas, 3).
- 27 Gaspard JL, Silva N Jr, Dunker CIL, Assadi TC, Doucet C. *Psicanálise e análise de discurso: elementos para uma investigação clínica futura. A peste* (São Paulo), 2010 Jul-Dez;2(2):361-378.
- 28 Lacan J. *Séminaire livre III: le Psychoses*. Paris; Seuil, 1988.
- 29 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Situação da psicanálise em 1956; p. 461-496. (Campo Freudiano no Brasil).
- 30 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. O seminário sobre “A carta roubada”; p. 13-68. (Campo Freudiano no Brasil).
- 31 Laureano MMM. *A interpretação (revelar e esconder sentidos): articulações entre análise do discurso e psicanálise lacaniana [tese]*. Riberão Preto: Departamento de Psicologia e educação - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2008.

- 32 Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. Falo; p.166-168. Zonas Erógenas; p.533.
- 33 Freud S. O Caso de Schreber e artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1969. Os sonhos no folclore (Freud e Oppenheim); p. 227-259. (Obras psicológicas completas, 12).
- 34 Dolto F. Prefácio. In: Mannoni M. A primeira entrevista em psicanálise. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1988. p.9-34.
- 35 Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Angústia; p.142. Aterrorizado; p.223. Cair; p.364-365. Desobedecer; p.660. Dividir; p.697. Fazer; p.886. Grudar; p.1012. Medo; p.1307. Nascer; p.1392-1393. Prender; p.1630. Reter; p.1758. Soltar; p.1880. Sujar; p.1900. Teimar; p.1936.
- 36 Lacan J. O Seminário, livro 10: A Angústia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- 37 Freud S. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1930. O mal-estar na civilização; p. 81-178. (Obras psicológicas completas, 21).
- 38 Freud S. Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Inibição, sintoma e angústia; p.95-201. (Obras psicológicas completas, 20).
- 39 Freud S. O ego e o ID e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. A Negativa; p. 129-238. (Obras psicológicas completas, 19).
- 40 Motta CR. Da terapêutica médica à psicanálise. Revista TOPOS (São Paulo), 2013;13:439-445.
- 41 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. p. 96-103. (Campo Freudiano no Brasil).
- 42 Freud S. Duas histórias clínicas (O “Pequeno Hans” e o “Homem dos ratos”). Rio de Janeiro: Imago; 1969. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos; p. 15-153. (Obras psicológicas completas, 10).
- 43 Groddeck G. O Livro disso. 2. ed. São Paulo: Perspectiva; 1988.
- 44 Motta, CR, Silva LR, Castro H, Ferraz E. Psicoterapia breve em pacientes com constipação intestinal funcional: contribuições à educação médica. Revista CEDU (Caetité-Bahia), 2018 Jan-Jun;1(1):222-241.
- 45 Freud S. O Caso de Schreber e Artigos sobre a Técnica. Rio de Janeiro: Imago; 2006. Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II) (1914); p.191-193. (Obras psicológicas completas, 12).

46 Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Além do princípio de prazer; p. 17-90. (Obras psicológicas completas, 18).

CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O presente estudo possibilitou que os pacientes e suas famílias saíssem do mutismo para as contingências do bem dizer sobre o mal estar que os afligia. Os participantes dessa pesquisa caracterizavam-se, em sua maioria, por uma população carente que almejava tratamento, apesar das dificuldades encontradas antes de chegarem ao CPPHO-HUPES. A equipe médica, por sua vez, apresentou disponibilidade para realizar os encaminhamentos dos pacientes para a analista e, sempre que solicitados, davam *feed-backs* importantes sobre a evolução da terapêutica médica. Contudo encontravam desafios para manter contato mais aprofundado com a analista e debater sobre os casos numa perspectiva multidisciplinar, pois eram solicitados por diversas demandas do meio hospitalar.

A técnica Psicanalítica utilizada nas entrevistas preliminares – escuta em atenção flutuante da analista e associação livre do paciente* – resultou em soluções significativas. Trabalhar com a escuta dos significantes é o meio pelo qual o psicanalista rastreia a libido. No caso das crianças com constipação intestinal funcional, a analista buscou nos significantes os indícios da subjetividade da criança, bem como sua fixação na fase anal, a relação do sujeito com o *objeto* fezes, a alienação da criança à *verdade* inconsciente da mãe e como estaria incluído o pai nessa dinâmica. O pai, enquanto representante da lei, é aquele que barra e canaliza os desejos incestuosos e agressivos da criança.

À medida que as crianças e seus pais falavam, significantes recalcados no sintoma vieram à tona e possibilitaram aos sujeitos dessa pesquisa uma retificação subjetiva que se revelava em uma mudança nas suas narrativas. Em outras palavras, para que lhes servia o sintoma? A retificação despertou uma implicação e mudança de posição subjetiva frente ao sintoma da constipação intestinal funcional. Os saltos metafóricos para novos significantes e novos sentidos aconteciam a partir das indagações e dos cortes que a analista fazia no discurso dos pacientes. Esse ato da analista suscitou nos pacientes o acesso à via simbólica: o pensar.

Notou-se a repetição dos significantes nos casos e entre os casos. A repetição dos significantes, ao longo das entrevistas, trouxe à luz a importância desse fator no tratamento, pois foi em cima dos equívocos, dos deslizos e das repetições no discurso dos pacientes que a analista trabalhou buscando uma retificação subjetiva dos mesmos. Em relação à criança, por exemplo, quando esta repetia o significante “preso” em diversas situações

* Conceitos explanados na página 89, ver rodapé.

lúdicas, a analista interrogava se não haveria outro meio, menos doloroso, de libertar-se das exigências da mãe e de solicitar o pai. A partir de intervenções como esta, ocorreram deslocamentos dos significantes repetidos para novos como, por exemplo, de “prender” para “cair” – “nascer” – “ganhar dinheiro” – “comprar”. Quanto à mãe, sua posição subjetiva também era questionada pela analista que marcava, na fala da mãe, o aprisionamento imaginário de ambas – mãe e criança. A maioria das mães ligava sua função à exigência, ao controle e, além disso, carregava a ilusão de que podiam dar conta de tudo sozinhas, sem o pai da criança. Essa posição subjetiva caminhava para duas consequências: elas esqueciam de cuidar da mulher e dos seus desejos, e vetavam a entrada do pai na formação dos filhos.

O sujeito falante repete, na busca de dar sentidos as suas angústias, elaborar traumas e dores, enfim, o sujeito repete para lidar com a falta.

Os significantes escutados e destacados nesse estudo estão interligados, uma vez que carregam diversos aspectos psíquicos imbricados na pulsão anal como, por exemplo, os componentes sadomasoquistas e a equação *fezes-presente-bebê-falo-poder-dinheiro*. Os significantes também mostram como o sintoma da constipação intestinal na criança revela a subjetividade da criança, da mãe, a crise do casal parental e a função paterna fragilizada.

O sintoma, enquanto metáfora, tem a função de mascarar e ao mesmo tempo denunciar o mal estar do sujeito. No caso das crianças com constipação intestinal funcional, participantes dessa pesquisa, o sintoma revelou tanto um assujeitamento da criança à subjetividade da mãe, quanto uma rebeldia (uma forma de posicionar-se) frente à demanda materna de que o(a) filho(a) evacue em determinada hora e local. Simultaneamente, o sintoma da constipação foi também uma forma da criança requisitar a entrada do pai na dinâmica familiar. No processo de codificação das entrevistas, a maior frequência dos códigos que apareceram foram *pulsão anal* e *criança sintoma da mãe*. Esses dados corroboram com a teoria Psicanalítica, a qual afirma que a questão anal na criança está diretamente relacionada à demanda da mãe. Além disso, a questão da função paterna remonta também à relação da mãe com a sua própria castração, ou seja, a forma como ela lida com a falta. As mães, em geral, apresentaram dificuldades com a questão da lei paterna, e os pais, por sua vez, apresentaram dificuldades em exercer sua função que era mascarada por uma figura ora conivente e afetuosa, ora agressiva e autoritária, ora indiferente e ausente. Os achados da presente pesquisa abrem a possibilidade para que novos estudos sejam realizados nesse âmbito, inclusive no que diz respeito à violência e ao abuso parental.

Outros aspectos associados à queixa principal também apresentaram melhora ou mudança. Algumas crianças que eram teimosas e desobedientes passaram a aceitar mais os limites impostos pelos pais. Outras, muito contidas e tímidas, passaram a expressar mais seus pensamentos, sentimentos e, conseqüentemente, a socializar melhor. Ao longo das entrevistas, as crianças que falavam pouco ou para dentro começaram a sair do mutismo e a falar da raiva, canalizando melhor a agressividade. Ao lado desse fator, os pacientes que tinham dificuldades no desempenho escolar começaram a obter “ótimas notas” e a participar mais das aulas. Houve também uma aproximação da maior parte das crianças em relação ao pai. Os pais, na maioria das vezes, não sabem o que fazer da sua função e acabam acreditando que basta dividir as tarefas com as mães. Aqui foi outro aspecto sobre o qual a analista interferiu, possibilitando a retificação subjetiva do pai na sua real função: a de separar a mãe de *gozar* do corpo do filho (e vice-versa) e, assim, poder lançar consígnias (afirmações e pressupostos paternos) com as quais a criança irá se identificar e terá como referência - acatar ou transgredir - e fazer sua marca singular no mundo.

Juntamente com essa evolução, ocorreram outros avanços por meio das narrativas dos sujeitos que aderiram ao tratamento: o sintoma da constipação cessou completamente em sete crianças e em três casos houve uma melhora importante. As crianças começaram a evacuar sem o auxílio da medicação, e o escape fecal diminuiu ou desapareceu.

Esses resultados atestam que a Psicanálise cura. Trata-se da cura pelo significante. Uma análise atravessa o corpo e, assim, provoca efeitos de cura no corpo e no psiquismo.

Nos casos em que houve uma melhora parcial da criança, no que diz respeito ao sintoma principal e às queixas associadas, as principais causas que travaram a evolução do tratamento estavam relacionadas à neurose grave da mãe e/ou à crise do casal (ex-casal) parental. Nesse caso, foi indicado análise para a mãe e/ou terapia de casal. Outro aspecto limitador foi a interrupção das entrevistas que provocava, quase sempre, a recidiva do sintoma e das queixas. Quatro famílias não aderiram ao tratamento sob a justificativa de falta de tempo e de dinheiro.

O Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas abriu a possibilidade de construção de uma rede multidisciplinar. E foi nesse espaço que a Psicanálise pôde dialogar. A aproximação com outros saberes ratifica a ideia de que o saber não é absoluto e, a partir dessa falta, emerge o desejo de fazer conexões com outras áreas de conhecimento.

O atual estudo também abre para que futuras pesquisas aprofundem o saber no campo da Análise de Discurso. Teorizações muito complexas sobre Análise de Discurso

foram evitadas, pois poderiam barrar um dos objetivos dessa pesquisa: escrever com clareza, em linguagem simples e com profundidade para que equipes multidisciplinares possam ler e compreender como se lida com o significante. Falar para todos da comunidade científica é um desafio porque sabe-se que cada um tem a sua ciência.

A atual pesquisa busca dialogar com as equipes multidisciplinares interessadas no caminho da Psicanálise. Espera-se que pediatras, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros, que atendem crianças com o sintoma da constipação intestinal funcional, possam escutar os significantes identificados nesse estudo e, assim, obter maior qualidade no atendimento, eficácia nos encaminhamentos e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para esses pacientes.

CAPÍTULO 5 – REFERÊNCIAS DA TESE

- 1 Motta CR. O que sabem os residentes de Pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos? [dissertação]. Salvador: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Bahia; 2011.
- 2 Motta CR, Silva LR, Castro H. A psicanálise da Criança: estudo de caso. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* (Salvador), 2010;9(1):89-94.
- 3 Motta, CR, et al. What do pediatrics residents know about the psychological factors in constipation? *Psicol. Saúde Doenças* (Lisboa), 2013 Mar;14(1):38-52.
- 4 Motta CR, Silva LR. O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* (Salvador), 2015 Set-Dez;14(3):360-371.
- 5 Motta, CR, Silva LR, Castro H, Ferraz E. Psicoterapia breve em pacientes com constipação intestinal funcional: contribuições à educação médica. *Revista CEDU* (Caetité-Bahia), 2018 Jan-Jun;1(1):222-241.
- 6 Freud S. O ego e o ID e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. *As Resistências à Psicanálise*; p. 125-134. (Obras psicológicas completas, 19).
- 7 Freud S. Estudos sobre a Histeria (1893-1895). Rio de Janeiro: Imago; 1969. (Obras psicológicas completas, 2).
- 8 Kilincaslan H, et al. Clinical, psychological and maternal characteristics in early functional constipation. *Pediatr. Int.* (Carlton), 2014;56(4):588-593.
- 9 Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am. J. Gastroenterol.* (New York), 2006 Oct;101(10):2401-2409.
- 10 North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition - NASPGHAN. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the north american society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* (New York), 2006 Sep;43(3):1-13.
- 11 Rasquin A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* (Baltimore), 2006 Apr;130(5):1527-1537.
- 12 Chang SH, et al. Prevalence, clinical characteristics, and management of functional constipation at pediatric gastroenterology clinics. *Korean Med. Sci.* (Korea (South), 2013 Sep;28(9):1356-1361.
- 13 Peppas G, et al. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterol.* (London), 2008 Feb;8(5):1-7.

- 14 Van Dijk M, et al. Prevalence and associated clinical characteristics of behavior problems in constipated children. *Pediatrics (Springfield)*, 2010 Feb;125(2):e309-e317.
- 15 Bayet R. Étude d'un cas de constipation – recherche de ses facteurs psychodynamiques. *Rev. fr. Psychanal. (Paris)*, 1955 Abr;19(4):569-602.
- 16 Jimenez-Urrego AM, Velasco- Benítez CA. Características psicológicas en 15 niños con estreñimientos crónico funcional del Hospital Universitario del Valle de Cali, Colombia. *Rev. GASTROHNUP 2011 Sept-Dic;13(3) (Supl 1):7-12.*
- 17 Rovaris JA, Guerra BT, Calais SR, Neme CBM. Encoprese e intervenção psicológica: Revisão de literatura. *Psicologia Clínica e Psicanálise (Rio de Janeiro)*, 2015 Jan;15(1):79-93.
- 18 Pinto ACT, Reis Neto RORBH. Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. *Estudos de Psicanálise (Belo Horizonte)*, 2012 Jul;37:15-24.
- 19 Freud S. História de uma neurose infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades; p. 217-224. (Obras psicológicas completas, 17).
- 20 Pinto EB. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica e a pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP (São Paulo)*, 2004 Jun;15(1-2):71-80.
- 21 Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T, Moreira RS. A *grounded theory* como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2007 Maio-Jun;12(3):789-797.
- 22 Nogueira LC. A pesquisa em psicanálise – Aula. *Psicologia USP (São Paulo)*, 2004 Jan;15(1-2):83-106.
- 23 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder; p. 591-632. (Campo Freudiano no Brasil).
- 24 Freud S. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Cinco lições de psicanálise; p.3-51. (Obras psicológicas completas, 11).
- 25 Lacan J. O Lugar da psicanálise na medicina. [internet]. *Opção Lacaniana (São Paulo)*, 2001 Dez [citado 2015 mar. 15];32:8-14. Disponível em: <https://bibliotecadafilo.files.wordpress.com/2013/10/lacan-o-lugar-da-psicanalise-na-medicina.pdf>.
- 26 Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Televisão; p.509-543. (Campo Freudiano no Brasil).
- 27 Silva LR. Diagnóstico em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 28 Ferenczi S. Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes; 1993. As neuroses de órgão e seu tratamento; p.377-382.

- 29 Peixoto Jr CA. A Originalidade de uma Trajetória Psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter; 2013. Os fenômenos dos grupos Balint; p.83-93.
- 30 Lindenmeyer C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? Tempo psicanal. (Rio de Janeiro), 2012 Dez;44(2):341-59.
- 31 Eksterman A. O ato psicanalítico e a medicina do corpo. Cad. psicanál. (Rio Janeiro), 2003 Jul;19(22):51-76.
- 32 Kaufmann P, editor. Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan. 2. ed. Vera Ribero e Maria Luiza X. de A Borges, tradutoras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996. Discurso; p.130 –132. Falo; p.191-195. Outro; p.385-387. Significante; p.472-474. Sintoma; p.478-479. Trauma; p.558-559.
- 33 Garcia R. Psicanálise e Psiquiatria: confrontações, resistências e avanços na Contemporaneidade. In: Castro H, organizador. Sedepsicanálise conexões. Salvador: Press Color; 2015. p. 117-124.
- 34 Groddeck G. O Livro disso. 2. ed. São Paulo: Perspectiva; 1988.
- 35 Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
- 36 Dolto F. Conversa com Françoise Dolto. In: Roudinesco E. Em defesa da Psicanálise: ensaios e entrevistas reunidos por Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar; 2010. p. 98-125.
- 37 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Nota sobre a criança; p. 369-370. (Campo Freudiano no Brasil).
- 38 Freud S. Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1896. Carta 52 (Afasias); p. 254-259. (Obras psicológicas completas, 1).
- 39 Freud S. Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro; Imago; 1969. Três ensaios sobre a sexualidade (1905); p. 129-238. (Obras psicológicas completas, 7).
- 40 Amendola S, et al. Combined approach to functional constipation in children. J. Pediatr. Surg. (New York), 2003 May;38(5):819-823.
- 41 Poenaru D, et al. The pediatric bowel management clinic: initial results of a multidisciplinary approach to functional constipation in children. J. Pediatr. Surg. (New York), 1997 Jun;32(6):843-848.
- 42 Guyton, AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 43 Nehra V, et al. Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. Am. J. Gastroenterol. (Minnesota), 2000 Jul;95:1755-1758.

- 44 Rogers J. Management of functional constipation in childhood. *Br. J. Community Nurs.* (London), 2003 Dec;8(12):550-553.
- 45 Altaf MA, Sood MR. The nervous system and gastrointestinal function. *Dev. Disabil Res. Rev.* (Wisconsin), 2008;14(2):87-95.
- 46 Moraes MB, Maffei HVL, Tahan S. Constipação intestinal. In: Carvalho E, Silva LR, Ferreira CT. *Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria*. Barueri: Manole; 2012. p. 466-493.
- 47 Farnam A. Functional constipation in children: does maternal personality matter? *Ital. J. Pediatr.* (East Azerbaijan), 2009 Aug;25(25):1-4.
- 48 Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130:1377-1390.
- 49 Leroi AM, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int. J. Colorectal Dis.* (Québec) 1995 Oct;10(4):200-206.
- 50 Motta MEFA, Antunes MC, Silva GAP. Distúrbios funcionais do intestino. In: Carvalho E, Silva LR, Ferreira CT. *Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria*. Barueri: Manole; 2012. p. 448-465.
- 51 Lisboa VCA, et al. Aggressiveness and Hostility in the Family Environment and Chronic Constipation in Children, *Dig. Dis. Sci.* (New York), 2008 Sept;53(9):2458-2463.
- 52 Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário de Psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. Associação Livre; p.38-40. Complexo de Édipo; p.77-81. Falo; p.166-168. Investimento; p.254-258. Objeto; p.321-324. Pulsão; p.324-396. Transferência; p. 514-621.
- 53 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Subversão do sujeito e dialética do desejo; p. 807-842. (Campo Freudiano no Brasil).
- 54 Freud S. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1930. O mal-estar na civilização; p. 81-178. (Obras psicológicas completas, 21).
- 55 Lacan J. *O Seminário, Livro 10: A Angústia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- 56 Leão, MF. A constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes na visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais [Dissertação]. Belo horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- 57 Ferreira MP. *Transtornos da Excreção: enurese e encoprese*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. (Coleção Clínica Psicanalítica).
- 58 Lacan J. *O Seminário, Livro 4: A Relação de Objeto*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.

- 59 Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Além do princípio de prazer; p. 17-90. (Obras psicológicas completas, 18).
- 60 Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Os Instintos e suas Vicissitudes; p. 137-182. (Obras psicológicas completas, 14).
- 61 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise; p. 238-324. (Campo Freudiano no Brasil).
- 62 Sauret MJ. O infantil & a estrutura. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise; 1997.
- 63 Lacan J. O Seminário, Livro 5: As formações do Inconsciente. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. (Campo Freudiano no Brasil).
- 64 Motta CM. A Trilogia do Amor. In: Castro H, organizador. Sedepsicanalise: conexões. Salvador: Press Color; 2015. p. 23-32.
- 65 Rocha FJB. Entrevistas preliminares em Psicanálise: incursões clínico-teóricas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
- 66 Freud S. Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Projeto para uma Psicologia Científica (1950-1895); p. 303-409. (Obras psicológicas completas, 1).
- 67 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. p. 96-103. (Campo Freudiano no Brasil).
- 68 Freud S. O ego e o ID e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. O Ego e o Id; p. 23-90. (Obras psicológicas completas, 19).
- 69 Freud S. Primeiras Publicações Psicanalíticas. Rio de Janeiro: Imago; 1969. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896); p.133-148. (Obras psicológicas completas, 3).
- 70 Freud S. Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Inibição, sintoma e angústia; p.95-201. (Obras psicológicas completas, 20).
- 71 Kelly C. Chronic Constipation and Soiling in Children: a review of the psychological and family literature. Child Psychol. Psychiatry Rev. (London), 1996 May;1(2):59-66.
- 72 Roussillon R. Le Jeu et La Fonction Symbolisante. In: Joly F, et al. Jouer ... Le Jeu dans Le Développement, La Pathologie et La Thérapeutique. Paris: Press Éditions; 2003.
- 73 Lacan J. O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

- 74 Freud S. “Gradiva” de Jensen e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Escritores criativos e devaneio; p. 149-158. (Obras psicológicas completas, 9)
- 75 Freud S. O Caso de Schreber e Artigos sobre a Técnica. Rio de Janeiro: Imago; 2006. Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II) (1914); p.191-193. (Obras psicológicas completas, 12).
- 76 Bernardino LMF. Escrita e escrita na psicanálise com crianças neuróticas. Estilos da Clínica (São Paulo), 2003;8(14):12-9.
- 77 Carvalho JDA. A escrita do que se perde. Estilos da Clínica (São Paulo), 2006;23(24):72-83.
- 78 Whitaker C. O sintoma da criança como efeito do gozo materno: entrevistas preliminares [Internet]. Estilos clin. (São Paulo), 2003 Jun [citado 2015 mar. 15];8(15). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/117926>.
- 79 Cesarotto O. Montagem de uma sessão. Carta de São Paulo: Boletim Mensal de Psicanálise (São Paulo), 1997;3:18-24.
- 80 Nunes HR, Vieira Filho MF, Franco D. Os quatro discursos de Lacan e o discurso da ciência: convergências e divergências [internet]. Psicanálise (Ceará): UFC, 2011 [citado 2015 abr. 25]. Disponível em: www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Trabalhos/33.pdf.
- 81 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud; p. 493-532. (Campo Freudiano no Brasil).
- 82 Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. Radiofonia; p. 403-448. (Campo Freudiano no Brasil).
- 83 Saussure F. Curso de Linguística Geral. 20. ed. São Paulo: Cultrix; 1995.
- 84 Tfouni LV, Laureano MMM. Entre a Análise do discurso e a Psicanálise, a verdade do sujeito – análise de Narrativas Orais [internet]. Rev. Investigações 2005 Jul [citado 2015 abr. 20];18(2):1-15. Disponível em: http://www.revistainvestigacoes.com.br/Volumes/Vol.18.N.2_2005_ARTIGOSWEB/LedaTfouni-MarcellaMassolini_ENTRE-A-ANALISE-DO-DISCURSO-E-A-PSICANALISE_Vol18-N2_Art07.pdf.
- 85 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Situação da psicanálise em 1956; p. 461-496. (Campo Freudiano no Brasil).
- 86 Melo MFV. Psicanálise e análise de discurso: interlocuções possíveis e necessárias. LatinAm. J. Fundam. Psychopathol. (São Paulo), 2005 Nov;5(1):61-71.
- 87 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. O seminário sobre “A carta roubada”; p. 13-68. (Campo Freudiano no Brasil).
- 88 Freud S. Os chistes e sua relação com o inconsciente. Rio de Janeiro: Imago; 1969. (Obras psicológicas completas, 8).

- 89 Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. O Inconsciente; p. 191-234. (Obras psicológicas completas, 14).
- 90 Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1969. Sobre o Narcisismo: Uma introdução (1914); p.85-119. (Obras psicológicas completas, 14).
- 91 Laureano MMM. A interpretação (revelar e esconder sentidos): articulações entre análise do discurso e psicanálise lacaniana [tese]. Riberão Preto: Departamento de Psicologia e educação - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2008.
- 92 Macedo LC, et al. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. Interface (Botucatu), 2008 Jul-Set;12(26):649-57.
- 93 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Para-além do “Princípio de realidade” (1936); p. 77-95. (Campo Freudiano no Brasil).
- 94 Brun D. L’enfant perturbateur. Arc. pédiatrie (Paris), 2009 Set;16(3):1306-1308.
- 95 Pêcheux M. Semântica e discurso. Campinas: Unicamp; 1988.
- 96 Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro), 1993 Jul-Set;9(3):239-262.
- 97 Baldini L. A Análise de Discurso e “uma teoria da subjetividade (de natureza psicanalítica)”. Letras (Santa Maria), 2014 Jan-Jun;24(48):117-129.
- 98 Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. Proposição de 9 de outubro de 1967; p.248-264.
- 99 Pêcheux M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. Eni Orlandi, tradutora. Campinas: Pontes; 2006.
- 100 Amaral PC. Mar de sentidos. A metáfora no entrelaçamento entre a subjetividade e o imaginário na construção do significante mar. In: VI Seminário de estudos em análise do discurso 1983-2013 – Michel Pêcheux: 30 anos de uma presença; 2013; Porto Alegre, RS. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- 101 Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. (Florianópolis), 2006 Out-Dez;15(4):679-684.
- 102 Gomes DO. Análise de Discurso. Diário de Campo [internet] [2016 ago. 28]. Disponível em: <http://sociodially.blogspot.com.br/2007/06/anlise-de-discurso.html>.
- 103 Pêcheux M. Delimitações, Inversões, Deslocamentos. Cadernos de Estudos Linguísticos (Campinas), 1990 19:7-24.
- 104 Furlanetto M M. Discurso: estrutura e acontecimento [internet]. Uma avaliação teórica. Domínios de linguagem Jul-Set 2015 [citado 2015 abr. 25];9(3). Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem>.

- 105 Pêcheux M. Metáfora e interdiscurso. In: Orlandi EP. *Análise de Discurso: Michel Pêcheux*. Campinas: Pontes; 2011. p. 151-61.
- 106 Freud S. O Caso de Schreber e Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1896. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise; p.149-163. (Obras psicológicas completas, 12).
- 107 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1955-1956); p. 537-590.
- 108 Carneiro ABF, Pena BF, Cardoso IM. Teoria psicanalítica. Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. *Reverso* (Belo Horizonte), 2016 Jun;38(71):27-36.
- 109 Quinet A. As 4+1 condições da análise. 14. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2016.
- 110 Costa A, Poli MC. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise artigos. *Pulsional – Revista de Psicanálise*. 2006 Dez;19(188):14-21.
- 111 Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Kant com Sade (1963); p. 776-803. (Campo Freudiano no Brasil).
- 112 Birman J. Borda e dobra em psicanálise – Sobre o limite na experiência analítica. In: Garcia CA, Cardoso MR, organizadores. *Limites da clínica, clínica dos limites*. São Paulo: Companhia de Freud; 2011. p.11-31.
- 113 Marraccini EM. Sobre limites em psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* (São Paulo), 2012 Set;15(3):609-611.

APÊNDICE A**ARTICLE 1**

**AUTORES: MOTTA, CLAUDIA DOS REIS; SILVA, LUCIANA RODRIGUES;
CASTRO, HÉLIO DE; MACHADO, ANA PAULA LOBO;**

**TITLE: THE REAL, THE SYMBOLIC AND THE IMAGINARY IN PARENTS'
AND CHILDREN'S SPEECH SURROUNDING THE INTESTINAL
FUNCTIONAL CONSTIPATION SYMPTOM**

ABSTRACT: The objective of the present study is to analyze the signifiers surrounding the symptom of functional intestinal constipation in the speech of children, adolescents and their parents. How does constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? The present study is prospective-qualitative, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age range between 3 and 18 years old, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO complex of the UFBA. The questionnaire, applied to 14 families, considered three aspects of the symptom: the real of the body, the symbolic (ideas) and the imaginary (affects). A lack of success with medical treatment was reported by the majority of patients (n=13). Out of the fourteen cases investigated, five mothers of constipated children also presented the symptom. The discourse of the mothers indicated self-demands, demands and difficulty with establishing limits. In the discourse of the fathers, a lack of time, disobedience of the child, mothers who hampered the performance of the paternal role and difficulties with authority were observed. Other signifiers collected and associated with constipation were: holding in, "I can't speak"; silence; not open up; doubt; block; keep in, not give; give up; not know how to do it; having to do it. The responses collected showed, preliminarily, that the speech of the children and parents revealed unconscious conflicts underlying the symptom of

functional intestinal constipation. The speech of the subjects demonstrated that the child's symptom was involved in questions related to the function of the mother, the father and/or the parental couple (ex-couple) crisis.

Key Words: *psychoanalysis; medicine; child; parents; speech; symptom*

INTRODUCTION

The present study consists of a development of the study on the following subject: "The knowledge of Pediatric Residents in Salvador – Brazil, regarding psychological aspects of functional intestinal constipation in children and adolescents" (Motta, Iêgo, Oliveira, Castro, & Silva, 2013). The research was realized between October 2010 and January 2011; Motta et al. (2013) and found that even though functional constipation represents a fairly common condition in children and adolescents, and shows significant presence in general pediatric and pediatric gastroenterology check-ups, the knowledge of the pediatric residents interviewed regarding the question was inadequate. Despite being aware of the psychological aspects in the process of functional constipation, these factors were understood more as consequences rather than factors that instigated the symptom (Motta et al., 2013). These results show the relevance of the theme and the importance of more research that seeks to better inform pediatricians and other professionals from the health care area regarding the psychological dimensions involved in functional intestinal constipation. Its causality of multiple determination requires treatment of a multidisciplinary character (Motta et al., 2013).

Balint, beginning in 1949, in the Tavistock Clinic in London, presented the conceptual basis for a medical psychology (Eksterman, 2003). He formed teams dedicated to helping raise awareness about unconscious dimensions involved in provision of care (Eksterman, 2003). The objective of raising the awareness of doctors about the challenges of finding oneself at the limits of one's knowledge given the demands of an individual claiming to be sick, made them perceive the need for a more far-reaching diagnosis, which went beyond the domain of their university education (Eksterman, 2003).

In cases where the patient's symptoms did not present an organic cause, it was necessary for the doctor to understand the somatic conversion and subjective discomfort in the relation of the patient with their symptom (Peixoto, 2013). In this sense, Lacan (1988) conceived the possibility of the doctor going beyond the urgencies of positivist science and

of capitalists demands on their time. Freud (1969a, p. 217) wrote about the “importance of psychoanalysis for the whole of medical and academic training”. The author highlights the “clarification of the meaning of the mental factors in the different vital functions, as well as in diseases and their treatment” (Freud, 1969a).

Under the medical perspective, functional intestinal constipation is part of the functional intestinal conditions that are currently defined by the diagnostic criteria of Rome IV (Rasquin et al., 2006), elaborated by a group of specialists, with a variable combination of recurrent symptoms attributable to digestive treatments and that cannot be explained by biochemical or organic abnormalities. For the diagnosis of functional constipation, according to Rome IV, there is a need for the child, younger than four, to present at least two of the following criteria, present for at least one month: two or fewer defecations per week; a history of excessive retention of feces; a history of painful or difficult bowel movements; history of feces of a large diameter; presence of a large fecal mass in the rectum. In children already toilet trained, the following additional criteria can be used: at least one episode per week of encopresis after acquiring personal hygiene practices; history of feces of a large diameter that can block the toilet.

The medical definition of functional intestinal constipation focuses on one dimension of the symptom: the real of the body. However, Lacan (2002) advises us that the body is constituted by three, well defined and inseparable dimensions – registers “essences of human reality”: the real, the symbolic and the imaginary (Lacan, 2005a, p. 12). This perspective undermines the dualist Cartesian vision regarding man, reduced to the mind-body dualism (Coppus, 2013). It is important to remember that the body, despite being situated in the imaginary register, does not exist without the symbolic or without the real orifices (erogenous zones such as the mouth, anus, ears...) (Lacan, 1998a).

Symptoms possess a symbolic sense of the unconscious relations that the subject maintains with their day-to-day life, with their history and body, and which is revealed in their discourse (Lacan, 1998b). The symptom, like the unconscious, is structured like a language, “language whose speech needs to be freed” (Lacan, 1998c, p. 270), given that its meaning is repressed from the subject’s consciousness (Lacan, 1998c). In terms of the subject of the “unconscious”, says Lacan (2003a) “it acts on the body” [...] “and it only truly situates itself based on a discourse ...” (Lacan, 2003a, p. 53). Freud (1996), for example, based on his clinical awareness, affirmed that in the hysterical symptom or somatic conversion, repression belongs to ideas while the psychical charge of affect, previously associated with the idea, is converted into the body (Freud, 1996). For Lacan

(1998c), both repression and the return of the repressed are within the linguistic domain; prior to something being repressed, the content was initially registered and recognized in the symbolic order (Lacan, 1998c).

Therefore, psychoanalysis defines functional intestinal constipation (or any other complaint in which organic causes cannot be identified) as a symptom, that is, a substitute – that indicates a need for translation – of the latent, overdetermined, unconscious content particular to each individual (Freud, 1969b).

Lacan (2005a, p. 327), affirmed that feces enter into the subjectivation of the child through the intermediary of the mother's demand (Lacan, 2005a). During the process of toilet training, the mother gives two contradictory orders: hold in the feces and expell them! The object, which the child fears losing, assumes a special, determined value since it satisfies these demands (Lacan, 2005a). At the moment when the mother begins to demand feces from the child, they cease having a solely biological character and begin to assume a status as an *object* of value to be given to somebody. Therefore, feces are symbolically the “exchange currency” of the anal phase (Pinto & Reis, 2012; Freud, 1969b; Lacan, 1999).

In the Freudian theory of the Unconscious, the concept of fixation designates the forms of infantile and pre-oedipal satisfaction (the mother-child relation, prior to the entry of the father into the Oedipus Complex dynamic) to which the subject returns and maintains themselves fixed. Freud (1896) in Letter 52, explains that a new step threatens to cause displeasure and given this, there is a tendency for the child to return to the phase that is familiar to them (Freud, 1896). This return hampers the process of psychical rearrangement from taking place and therefore, there is a failure in the repressive mechanism (Freud, 1896). Given this, the symptom is considered to be, psychoanalytically speaking, the return of the repressed, because a failure occurs at this point (Freud, 1986). In the theory of the libido, fixation is defined by the persistence of the individual in seeking forms of satisfaction connected with the pre-oedipal phases (oral (suction), anal (retention-expulsion) and phallic (masturbation)). From the psychoanalytic perspective, the retention of feces seeks to maintain the narcissistic satisfaction fixed on the anal pulsion (Freud, 1969b). Constipation would be a type of substitute to mediate the unconscious anal pulsion versus the limits imposed by adults located in a specific socio-cultural context (Freud, 1969b).

Considering the formation of the symptom, the incidence of speech in the symptom is significant (Freud, 1969c; Lacan, 1998d; Pinto & Reis, 2012). In the case of the child, the speech of the parents contributes to the formation of their symptom, given that the child finds themselves subjected to their unconscious desires (Lacan, 2003b). Therefore, the child's symptom can be related to the subjectivity of the mother or of the parental couple (ex-couple) (Lacan, 2003b), here including the father. The concept of pulsion is fundamental for the understanding of this dynamic. The pulsion is a concept between the psychical and the somatic: libido that is born in the body and is crossed by language (Freud, 1969b; Lacan, 1988). The pulsional movement departs from the body in the direction of the *objects* (Freud, 1969b). An object can be a glance, the voice, the *cíbalos* (small round pieces of dry fezes), the breast, the body itself or another person (Lacan, 1998e). The body, therefore, is infused with the particular fantasies and signifiers of each subject through language (Freud, 1969d; Lindenmeyer, 2012).

The principal objective of the current research is to analyze the speech of children, adolescents and parents and the signifiers surrounding the symptom of functional intestinal constipation. The analysis will emphasize the symbolic (emergent signifiers). Concomitantly, this analysis will be tied to the following question: how does constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? Additionally, the present study seeks to make the interdisciplinary team aware, especially pediatric gastroenterologists, about the psychical dimensions of the symptom being studied.

METHOD

The present study is a continuation of my doctoral research that I have been carrying out since 2015. It seeks to qualitatively analyze the speech of children, adolescents and parents in relation to the symptom of functional intestinal constipation. The pediatric patients, after medical diagnosis of functional intestinal constipation, were referred for and submitted to a short psychotherapeutic treatment within a psychoanalytic framework. For the aims of this study, functional intestinal constipation was defined according to the criteria of Rome IV.

It is a prospective-qualitative study with a non-probabilistic sample with children and adolescents (between 3 and 18) with functional intestinal constipation undergoing medical treatment, who were referred to the analyst by the medical team at the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHA complex at the UFBA.

We sought an approximation with medical language when the format of the questionnaire (https://drive.google.com/file/d/18cpFvzNCbqwMnY6FyWxc_KLUH-Qg7Nji/view?usp=sharing) was organized, using Sphinx software, for part of the proposal of the initial study. A total of 14 families participated in the research. After the preliminary interview, the questionnaire was applied, always using the same researcher. It is important to note that children younger than 8 years old did not respond to the questionnaire due to its complexity, which is incompatible with the psychical development of children in that age bracket. We should highlight that some questions related to these children were put to the mothers, given that they were crucial for the focus of the study. The instrument is composed of four domains that are interrelated in the symptom of functional intestinal constipation: the real of the body, the imaginary (affective dynamic) and the symbolic (speech and psychical conflicts regarding the symptom).

The first field – Part 1 – was undertaken using a medical anamnesis with eighty-seven questions that included questions about what the organic component of the patient's principal complaint was. This anamnesis evaluated medical questions and the history of functional intestinal constipation.

The second field – Part II – is made up of twenty-six questions referent to the *Imaginary* (affective dynamic) of the child or adolescent and of the family regarding the symptom of constipation. How the patient and their family deal with their body, their emotions and affects, investigating to what extent the child or adolescent finds themselves trapped in the imaginary of their parents.

The third field of the questionnaire – Part III – contains eighteen questions that investigate psychical conflicts in the family associated with constipation. Signifiers that emerged regarding the symptom were found in the speech of the respondents, as well as latent unconscious issues, associated with the relations of the child to their parents and vice-versa.

Parts II and III of the questionnaire were constructed based on the samples from the preliminary interviews, psychotherapeutic sessions and anamnesis questionnaire, realized by the analyst, during the *Pilot Project* considered as a pre-test (Motta & Silva, 2015).

The objective of Part IV, (thirty-one questions), was to detect possible resistance in relation to certain questions.

Being a semi-directed interview, priority was given to the discourse of the patient and the family. The focus was on identifying the incidence and senses of the signifiers related to the symptom of constipation, in the speech of the patient and the parents. *The*

Discourse Analysis of the responses to the questionnaire took as its theoretic-methodological references psychoanalysis, linguistics and Pêcheux's Discourse Analysis (2012). The Discourse Analysis will be referenced starting from the third part of Pêcheux's theoretical construction (2012) when he distances himself from the ideological theory of Althusser and moves toward Lacanian Psychoanalysis.

The patients and responsible guardians who agreed to participate in the study were asked to sign a *Free and Informed Consent Form*. This study complies with the ethical principles of the Helsinki declaration and of the Brazilian legislation and was approved by the Institutional Review Board of the Teaching Hospital, Federal Univeristy of Bahia.

RESULTS

The present study investigated 14 children who presented functional intestinal constipation: 36% (n=5) were male and 64% (n=9) were female. Children from the following age brackets predominated: from 3 to 6 years (n=5) and from 10 to 12 years (n=5).

All the mothers interviewed were available to participate in the research. Eleven mothers worked and three were home mothers. Ten fathers were available for the study while four were not.

Thirteen patients reported the existence of functional intestinal constipation in the family. The mothers (n=7) and the maternal grandmothers (n=7) were the most affected by intestinal problems, followed by the maternal aunts (n=4) paternal grandfather (n=3), brother or sister (n=3), paternal aunt (n=1) and cousins (n=1).

In the questions related to the start of toilet training, eleven started training prior to two years of age and only two after two and a half years of age. In the question related to the reactions of the child, ten were negative and four positive. There were three reports of fear of the toilet: "fear of falling"; "not wanting to get stuck in the toilet; saying that it hurt their bottom. When the poo comes, she holds it because it hurts."

Punishment occurred in two cases during training. In the speech of the mothers, demands, threats, irritation and being in a hurry were observed: "sometimes I get cross (...) I complain because I see that it is just fear" [...] Then I threaten [...]. I say that she has to help, that it's dirty, that it has to come out"; "Sometimes I got annoyed because I was in a hurry [...]"

Resistance was observed, in the form of objectivation, of the parents in relation to the feces (n=8) demonstrating an avoidance of going into further details about the issue.

The responses of the mothers expressed greater subjectivity in relation to the feces (n=7): “When I go to the toilet, I want to get rid of it as quickly as possible. Because everything will be covered in that smell”; “No problem. I accept it fine, I’m not disgusted. It (the poo) is there and I’m here, it’s fine”. Regarding the relationship of the patient with the feces, eight respondents used the signifiers “disgust” and “disgusting” to refer to the feces. All the reports demonstrated a certain subjectivation of the child with the feces and associated issues (“dirtiness”, “death”, “fear”, “pain”, “hole”) as one sees in the following discursive fragments: “Disgusting. Because poo sticks to your hand a lot. I think that my hand will become infected, and I’ll die; bugs eating me all up; I’m afraid to die”. “I stop doing it because my bottom hurts, burns”. The mother of N (3 years of age) affirmed: “Her problem is more with the hole than with the poo”.

The bowel movements of the patients varied according to the following frequencies: *every two days* (n=4), *every three days* (n=4), *every four days* (n=2), *more than five days without evacuating* (n=2) and *daily* (n=1). In terms of the character of the feces, *cíbalos* (small round pieces of dry fezes) was selected nine times by the respondents, *hard feces*, seven times; *stony and runny* (three times each) and *mushy and pasty* (twice). Regarding the age at which the intestinal alterations occurred, seven mothers indicated the option *from 1 to 2 years*.

The lack of success in the exclusively medical treatment was reported by 13 patients. Ten children were monitored by doctors for a period longer than one year.

When the children/adolescents were asked about the most common feelings that emerged in relation to their father, the most frequently chosen were *anger* and *sadness*. In relation to their mother, they were similar. Anger and sadness were also the most selected feelings in relation to their difficulty to evacuate. A child of 8 years of age, spoke of “worrying” given her mother’s threat in case she did not evacuate: “I get worried when my mum says that if I don’t go to the toilet, I will go to the doctor and have a hosing* (colonic irrigation)”.

The most common feelings of the mothers in relation to their children were *helplessness* and *fear*. In terms of *fear*, one mother associated it with paternal absence: “Fear of him growing in the world that we’re in and me being alone to raise him”. A second mother spoke of her “fear of losing” her daughter and associated this fear with constipation: “Fear of having to use these words: if I lost my daughter!” The feelings of the mothers in

* NT – *Mangueirada* informal term in Portuguese for colonic irrigation, referring to the hose (*mangeira*) used to realize the procedure.

relation to the constipation of their children were: *helplessness*, *sadness* and *fear* (in decreasing order): “Fear of her not taking care of herself and dying because of this; and me not being able to do anything about it”.

When asked whether they hit their child or verbally abused them, ten parents did not respond, three said “no” and only one mother affirmed hitting her daughter and swearing.

The speech of the mothers, when asked about their feelings in relation to the father of the child, predominately expressed the crisis of the parental couple or ex-couple. Of the affects, observed by the researcher, the most frequent feelings indicated by the mothers in relation to the child’s father were: *sadness*, *anger* and *fear*.

Of the fourteen cases investigated, five of the mothers of a constipated child also presented the symptom. When asked about their feelings in relation to their own constipation, responses similar to their feelings about their child’s constipation were observed: *helplessness*, *fear* and *sadness*: “[...] anger and fear of it leading to something serious like a disease”. “I’m trapped in the house”; “depressed”; “I get stressed, more anxious [...] I get annoyed”.

The responses of the fathers regarding their feelings about their child’s symptoms were similar to the answers of the mothers: *sadness*, *fear* and *helplessness*.

In the question regarding how the father perceives the relationship with their child and related difficulties, a lack of time, the child’s disobedience, the mother’s impeding the full paternal role and a confrontation with the father in terms of the position of authority were reported. The following are some examples of speech collected: “Short on time. Sometimes the presence is more from the mother”; “My greatest difficulty in relation to raising my child is their lack of discipline”; “I wish she was more obedient. I need to raise my voice, get serious, threaten something that she likes to get her to do what she has to do”; “I think that she (the mother) does things to his head. I think that she undermines my authority. If I let my guard down, then he will dominate the situation. Because of this I’m severe”.

In question 115 of the questionnaire, *Do you have any doubts or conflicts in relation to the constipation of you son (daughter)? What?;* of the ten fathers who responded, only one spoke about their own role in their child’s symptom, where the father asked himself if the separation and betrayal had affected his child’s health. Concern at the failure of the long medical treatment and the search for short term solutions appear in the speech of the

fathers: "...there is no medicine for him to make him evacuate. So much time in treatment...".

Only four fathers made a subjective reading of the symptom. The constipation of the children was translated, by different fathers, when they presented the following difficulties: consequence of the parental couple crisis; when the daughter is "sad" and "detached"; "Because she didn't speak ... while she could hide it, she always hid it ..."; "I think that what affects her is that we withheld many things from her and she holds onto this". Questions also surfaced, such as: delegating the discovery of the problem to the analyst, denying any association with the symptom, and only attributing it to heredity and/or dietary problems.

When questions about who sets limits for the child arose, the responses of the mothers varied between *aunts*, *maternal grandmothers* and the *mother*. Only three mothers affirmed that both the mother and father set the limits for their child.

Regarding the question of whether the child accepts the limits or not set by the parents, only two mothers definitively responded "yes, he/she accepts them". The other mothers either gave contradictory answers or clearly stated that the child did not accept the established guidelines. When speaking of limits, two mothers complained: the father "is not firm"; "the father abandoned them".

The majority of fathers stated that the mother set limits for the child, however they highlighted that the mother denied the involvement of the paternal law.

The opinions of the mothers in terms of the relationship of the couple or ex-couple, in general, indicated an explicit or veiled crisis: "betrayal", "fighting", "separation" and "unease". When comparing the mothers' answers with those of the fathers, it was notable that a lower number of fathers (n=6) complained of the relationship: "Fighting", "Demands". "When J was born ... we couldn't go out anymore, then it started to get tiring"; "My wife went back on the agreement [...]"; "[...] son sleeping in the middle of the bed [...] We don't have a very active sex life". On the other hand, four fathers spoke of the relationship in a positive way using terms like: "happy", "normal", "mature", "good" and "love".

The mothers, generally evaluated themselves positively: "good mother", "caring", "concerned", "dedicated", "protective", "present", "attentive". However, the narrative of the mothers expressed self-demands, being demanding and difficulties establishing limits: "intolerance", "impatience"; "... It's never perfect", "... he sleeps on my stomach... in the

same bedroom, in the same bed” and “I don’t know if I’m a good or a terrible mother. She gets everything she wants from me”.

When asked about infancy and adolescence, the majority of parents spoke about paternal absence through abandonment (n=7) or death (n=1): “I didn’t know my parents”; “I didn’t have a father”; “my father separated from my mother”, “my father died when I was eight months old”. Given this paternal absence, in two cases, there was displacement of the paternal role to an older brother.

In the same question, related to infancy and adolescence, the answers of various mothers gravitated toward abandonment, maternal and paternal absence (symbolic and/or real), physical and verbal aggression between the parents and/or with the children, over work, infrequent play and little study.

In the self-evaluation process by the mother, the *controlling* (n=10) alternative appeared most frequently. Following this, the characteristics: *demanding*, *caring* and *super-protective* (n=9) were chosen. Subsequently, *calm* (n=7), *excessively caring* (n=5) and *permissive* (n=4). The alternatives indicated by the fathers for this item were: *present* and *strong* (n=7). In second place, the most frequent were: *demanding* (n=4) and *fragile* (n=4).

In the answers of ten mothers, difficulty with setting limits and confusion between setting limits and being demanding were observed: “I have to say to him what I am asking for”; “He doesn’t like anybody ordering him about; to obey”. Some aspects of the mother’s answers were notable, such as: difficulty for the child when speaking about questions that upset him/her; doubts of the mothers about the choice of motherhood and its respective functions and, in the case of paternal absence, the illusion of the mother of being able to exercise the functions of father and mother: “He speaks with difficulty when the subject is uncomfortable”; “Due to the absence of the father, I myself assume the role of mother and father”.

When the the mothers were asked if they had any doubts or conflict in relation to their child’s constipation, four reported not having any. Some attributed the constipation to biological and genetic factors. Other mothers began to highlight conflicts and ideas that went beyond the biological: “I think that this happened because she is far from me”; “Conflict due to my helplessness at not being able to change this. (...) I have a lot of fear of cooking (...) I must have some sort of trauma with my mother”.

In the answers of the mothers about what the child meant to say with their intestinal constipation, the expression “I don’t know”, emerged repeatedly. In two responses, the

mothers associated the symptom with a demand from the child to the mother. And the mother associated the constipation with “moods” of the daughter as well as to a demand by the child to the parental couple: “When her father travels, she is more sensitive. If I’m not near, she feels pain”. Once again, signifiers referent to difficulty with speaking emerge, that surround the symptom of constipation: “blocked”; “not speaking”; “mute”; “doesn’t open up”; “untrusting”. One mother said that her daughter “doesn’t speak about any type of pain”.

In the question *What are your difficulties and conflicts with your mother? And with your father?* In relation to the mother, it was noteworthy that half the children/adolescents associated the signifier mother with “nothing”, “I don’t have anything” (“just jealousy”); “nothing is difficult”. When further developing this question, the conflict of the entry of the father into the familial triangle appeared. Of the six respondents (with an age older than 8 years), five reported a difficult relationship with their father: “he doesn’t understand”; “with my father everything is difficult”; “he drinks, starts swearing at everyone”; “rude”, “fights”; “He doesn’t go anywhere with me”; “He doesn’t give me anything”.

Finally, in Part IV of the questionnaire, it is notable that in the majority of the responses, two aspects are found together: the desire to speak to find a cure *versus* resistance to implicating oneself in the formation of the symptom. The resistance emerges in a veiled manner when the respondents explain that the questions generated little discomfort. In the questions related to physical or verbal aggression, the results demonstrated that the relevant theme is a delicate subject to be investigated prior to a relationship of trust having been established with the analyst. However, when questioned if they hit their children, ten parents did not respond, two responded “yes” and two, “no”. Another facet of the resistance appeared when some parents demanded a quick medical solution and/or delegated the consideration about the psychical aspects involved in the symptom of constipation to the analyst.

DISCUSSION

According to the OMS, the word “constipation” can have various meanings and the way in which it is interpreted can differ not only between the patients but also, between different cultures and religions. In an integrated, bio-psychosocial vision, in which the symptoms would be pluri-determined and modified by sociocultural and psychosocial influences, the beliefs and attitudes of the parents, as well as those of the children in relation

to the symptom, are factors indicated as significantly relevant to adequately understand and consider infant health (Drossman et al., 2006; Oлару et al. 2016).

Women, in general, report a greater incidence of constipation than men (Bernstein et al., 2010). In this research, there were a greater number of girls, a finding that is in agreement with the literature. We can also observe that in terms of the occurrence of constipation in the family, the symptom is present in 93% of the family members of the patient and, in general, was observed in female family members (Bernstein et al., 2010).

Another aspect to consider is that whether constipation in the child generates concern in the parents resulting in the use of health care or not also depends both on their past experience, and on their perceptions and discourses of their children, regarding the symptoms. In general, for example, the parents presented unrealistic expectations about age of ceasing to use nappies, without understanding infant development, which can generate adverse consequences such as: punishment, negligence, abuse and demotivation. The child's attainment of independence when using the toilet not only requires mastery of language, but also motor, sensory, social and psychical development. (Mota, D. M., Barros, A. J. D. (2008) Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 9-17. The majority of children started toilet training prior to 2 years of age. It is known that the precocious start of sphincter training and stressful events during this period can prolong the training process, as well as leading to more frequent constipation, encopresis, refusal to go to the toilet and urinary symptoms.

Based on the understanding that the symptom is the return of repressed unconscious ideas (Freud, 1969a), that which is found in speech reflects the ailments of the body, and vice-versa. Therefore, the symptom is directly related to the fact that the human psyche is constituted by language. Hearing the discourses related to constipation is a way of investigating unconscious ideas.

Here the function of the analyst emerges as the one to whom the patient will give, through transference, their unconscious experiences via the associative chain (Freud, 1969e; Lacan, 1992). Firstly, the patient presents the disturbance that is in the conscious part of the symptom; that which is not resolved is transferred.

It is crucial that the analyst puts themselves into a *fluctuating attention** and requires of the analysand that they speak of what passes through their mind, thereby generating the

* *Fluctuating attention*: "This essential recommendation that defines the subjective attitude of the psychoanalyst when listening to the patient, was presented and commented on by Freud, especially in

fundamental condition of psychoanalysis: free association (Freud, 1969e; Rocha, 2012, p. 43). In the technique of free association, the speech of the patient allows unknown signifiers to come to the surface, such as for example, through a slip of the tongue. These signifiers are located in the unconscious portion of the symptom. It is through hearing the symptom that the analyst translates the diverse meanings of the patient's discourse and opens new pathways so that the subject finds other ways out of their conflicts.

This dynamic also opens up space for the analyst to interpret. In the case of the constipated child, we can make a reading of the alienated position in which he/she finds him/herself in relation to the mother. At the same time, it allows the interpreting analyst to interpret the child's wishes for the paternal function to be present, un-alienating them from the demands of the mother. The child begins to discover that they do not need to trap the feces to fulfill their desire. By giving words to the symptom, they listen to other ways of being active in their process of growing.

When responding to the questionnaire, the discourses of the children, adolescents and parents attest to how the child's symptom is involved in questions related to the subjectivity of the mother, the father, and/or the parental couple. Frequently, the three find themselves interrelated when, for example, in one of the cases investigated in this study, the father complained that the mother did not give him space to raise his children; the mother said that the father was absent and the child reported that the parents placed him in the middle of their fights.

In terms of the subjectivity of the mother, what happens with the child who develops functional intestinal constipation? In the anal phase, the mother is the person who demands when the child evacuates or not. When speaking about this moment, the mother presents certain signifiers such as: "annoyed", "fear", "threaten", "the poo has to come out", "dirtiness". The child in their turn only gives the feces when they want to respond to this demand. It is necessary to give the child time to give birth to this fruit, give the feces to their mother. When will they give this fruit out of love? The time is particular for each child. In this moment, they cease to be the "loved *object*", to become the one who desires, loves. Therefore, Lacan, in the Seminar 8, metaphorizes love. It is present as a "third term" symbolically speaking (Lacan, 1992, p. 59). The following signifiers from the child

Recommendations for Doctors when practicing psychoanalysis (1969e). It consists of a suspension as complete as possible, of personal tendencies, prejudices, and theoretical presuppositions, [...] which implies that they allow their own unconscious activity to function as freely as possible. This technical recommendation corresponds to the rule of *free association* offered to the person while under analysis" (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 40).

participants in this research show the fixation at the anal phase: “disgust”, “disgusting”, “dirtiness”, “death”, “fear”, “pain”, “hole”.

In terms of the father, he is mediated by the mother, who is the one who establishes the law. The father denies the incestuous relationship, removing the child from the place of the imaginary phallus of the mother (Lacan, 1999). The real father, as support for the law and a negating presence, is the agent of castration, who prohibits the mother from enjoying the body of the child and vice-versa. In the case of the interviewed fathers, the absence of this function appeared due to the negation by the mother and/or the fragility of the father in exercising their role. The signifiers of the father that indicated these aspects were: “my wife undoes the rules”; “undermines my authority”, “I’m in a hurry”; “let down my guard”; “give”; “severe”; “threaten [...] so that they do what they have to do”.

Diverse signifiers regarding the symptom of constipation emerge in the speech of the parental couple (ex-couple), which in the majority of cases go beyond the questions of the questionnaire: “[...] she gets stuck in this part”; “prison”; “[...] when J was born, we became trapped ... we couldn’t go out anymore”; “I’m trapped” [...] “weight on my stomach”; “because she didn’t say”; “He speaks with difficulty when the subject is uncomfortable”; “he/she doesn’t speak about any type of pain”; “In her grandmother’s house, she relaxes; there, at home, I stifle her”; “He bleeds when he evacuates and says that it looks like menstruation”; “you shit”; “She has trouble letting go ...” [...] “is afraid of losing it”. Other significant verbs that express *retention* and *demand* present in the symptom of constipation, appeared in the discourses of the mothers, fathers and the children, respectively: “imprison”, “I cannot speak”, “silence”; “doesn’t open himself”; “doubts”; “blocks”; “traps”; “doesn’t give”; “gives up”; “doesn’t know how to do it”; “had to do it”.

Pinto and Reis (2012) highlight the incidence of speech in the symptom. These authors exemplify this incidence with the discourse of the parents and patients of their research. For example, the father of a child with encopresis insistently referred to their relationship with their ex-wife and consequent pregnancy as the “biggest mistake of my life”. The children, in their turn, in a transitional phase of the psychotherapy presented a posture of opposition, expressed by the repetition of the word “no” (Pinto & Reis, 2012). Freud (1969b) already stated that the oppositional posture is one of the characteristics of children with intestinal disturbances, expressed by an stubbornness in not evacuating given the demands of the mother.

The verb is an action, and the action of the anal pulsion is *to make* (to do the job) or, its opposite, *retain*. In the Aurélio dictionary *to make* means *work, action*. While the verb *retain* is defined as *keep what is someone else's against the wishes of the owner, not letting go of something, holding on to, not releasing, not allowing to leave, repressing, holding in the memory, imprisoning oneself and not moving on*.

For psychoanalysis, the mother imprisons herself in an anal relationship with the son to avoid coming into contact with unconscious “truths” (Lacan, 1998b). Helplessness, fear and guilt are the most frequent feelings in the imaginary of mothers, when referring to their children. The mother places, unconsciously, the child as an *object** that would supposedly fill their lack, attesting to the unconscious guilt of the neurotic mother (Lacan, 1998b). In response to the questionnaire, some of the mothers said: “I wished that there was a bond and that they felt protected by me [...] all of this I created when I was pregnant with him; so that I could manage to be what I hadn’t been”; “He sleeps on my stomach; we sleep in the same bedroom, in the same bed”; “I don’t know if I’m a good or a terrible (mother). She gets everything she wants from me”.

Lack of time is another factor that appears in the discourse of the mothers, as one of the justifications for the difficulties in dealing with their children with this factor not being exclusively related to the chronological time connected for example to mothers who do not work at home. It is the subjective time of each child (Pinto & Reis, 2012). On the other hand, all the mothers were available for the consultations, which was not the case with the fathers. This finding confirms the idea that, in day-to-day clinical care of children and adolescents, in the majority of cases, it is the mothers who accompany the children. Also regarding the participating mothers, the majority work outside the house. However, it is the mothers who are involved with the greater part of the treatment, from the preparation of the diet to the administration of the medication and observation of symptoms. The absence of the mother the greater part of the time together with the importance of their participation in the therapeutic process, leads to stress or even maternal illness (Leão, M. F., Melo, M. C. B., & Torres, M. R. F. (2012) A constipação intestinal crônica funcional sob a perspectiva materna: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(supl. 7), 5-12).

* The concept of object for psychoanalysis can be a person or a partial object – real of imaginary (the nipple, the voice, the phoneme, the look, the *cibalo* (small round pieces of dry fezes), the flow of urine, the phallus...) (Lacan, 1998b).

Another important aspect that calls our attention is the complaint of the majority of fathers in relation to the disobedience and stubbornness of their children. Freud (1969b) describes how stubbornness is directly related to the fixation of the children in the anal phase and to the sensation of pleasure and pain, provoked by fecal retention, which they refuse to let go of (Freud, 1969b).

The parents, in their turn, admit difficulties in setting limits for their children. This aspect is related to how the ties are established with their own parents. Some mothers underline in their speech, difficulties such as: “[...] helplessness [...] my difficulty with routine [...] I have a lot of fear of cooking ... I must have some trauma with my mother”; “it’s never perfect”. The control of those mothers who negated the paternal law and prevented fathers from interfering in the mother-child-*phallus** triad masks the relationship of the mother with their own *castration*.

During the research, the speech of the parents demonstrated a lack of clarity regarding the construction of their role. In diverse cases, there was difficulty in distinguishing the paternal role from the maternal one, between the “friendly father” and the “friend”. The answers highlighted a paternal absence (through death or abandonment), which indicates that the repressed traumas return in the exercise of a weak paternal function. This aspect was also demonstrated in the mother’s statements, in the form of abandonment, maternal and paternal absence (symbolic and/or real), physical and verbal aggression, work in infancy/adolescence, with little play or study. The absence in their relationships with their own parents (grandparents of the children in this study) are repeated in the relationships with their children and partners. Therefore, two interrelated concepts are noticeable and essential in psychoanalytic theory: trauma and repetition.

It is important to distinguish “traumatism” and “trauma”. In Freud (1969f), we are dealing with trauma. Traumatism corresponds to an external occurrence that affects the subject, such that trauma is the effect of an event in the psychical domain of the subject. The experiences lived as traumatic produce significant quantities of excitation to be processed by the psychical apparatus, which explains its pathogenic force. Trauma

* Phallus: “In Greco-Latin Times, figural representation of the male sexual organ” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 166) In the Freudian doctrine, the *phallus* symbolizes the penis or clitoris, however it is not reduced to the organ. The term *phallus* refers to one of the phases of infant sexual development – the phallic phase – described by Freud (1969b) when the child possesses the conviction that all beings have a penis. When they notice the castrated mother and with paternal intervention that removes her from the position of *imaginary phallus* (*object* of desire of the mother), the child is introduced into the so-called *Castration Complex*. Castration, therefore, is of a symbolic nature. To be or not to be the phallus of the mother, the child, later on, begins to have or not, the phallus. The *phallus*, now symbolic, is a signifier that represents lack (Freud, 1969b; Laplanche & Pontalis, 2001; Kaufmann, 1996).

therefore, is related to the state of susceptibility of the receptive organ (Freud, 1969c). Emphasizing the singularities and the subjective, this explains why each subject responds in different ways to the same catastrophic situation (Kaufmann, 1996, p. 558). Freud (1969f) highlights that an event becomes traumatic or not depending on the relation of forces that are established between that which invades the psychism in an abrupt manner and the capacity of the psychological apparatus to support the destabilizing situation. In trauma, therefore, there is an overflow of libido in the psychism.

Regarding repetition, Freud (1969f) goes beyond the pleasure principle when he considers the reproduction of painful experiences. Why is a painful experience repeated? – asks Freud (1969f). The author makes an allusion to the compulsion to repetition and writes that its roots are found in the repressed unconscious (Freud, 1969f).

Another curious issue observed in the results was the correlation between mother and child with intestinal constipation, which highlights the constitutional and subjective aspect of the symptom. Another dimension found was the occurrence of the crisis of the parental couple. In this sense, Freud (1937) attested that all neurotic disturbances result from a combination of “excessively strong instincts” (constitutional) and precocious events that “the immature ego was unable to dominate” (Freud, 1937, p. 251). Lacan (2003b) calls attention to when the symptom of the child can be related to the subjectivity of the mother or the parental couple. In the responses of the fourteen mothers, thirteen complained about a tumultuous relationship with the child’s father. By contrast, this complaint was not significant in the responses of the fathers. Throughout the research, in addition to the maternal demands, the presence of a crisis in the parental couple was observed in thirteen cases. The discourse of one of the children in the study is representative of this discontent that establishes itself. The boy reported that the parents placed him “in the middle” of their fighting and, as a consequence, his mother “yelled” at him and his father “hit” him.

In terms of treatment, Psychoanalysis uses one principal means to act as “an agent of cure, formation or investigation: the speech of the patient” (Lacan, 2005b, p. 248). The analyst’s attention focuses together with the patient, on what they (the patient) desires. Additionally, it helps the subject of the unconscious to emerge, be it through a slip of the tongue, a joke, a dream, or a scribble (drawing) of a game, amongst others (Rocha, 2012). Starting from the preliminary interviews, the listening and the contributions of the analyst call forth the truth of the unconscious and provide the patient with a change of perspective, mainly in terms of a new way of listening, leading them to give a new sense to their discourse. In this dynamic of preliminary interviews, the redirection of the initial demand

of the patient toward a demand for psychotherapy begins (Rocha, 2012). What was initially a complaint, becomes a choice for subversion of a repetitive subjective position that weakens them and hampers them from accessing their potential.

In all the children in the present study, the responses were refractory from the prior treatments (medical and nutritional) despite the extensive monitoring period. This is in agreement with the current research in the area of functional gastrointestinal symptoms during infancy, that points towards a greater efficacy when the attendance is interdisciplinary and when it involves the whole family (Wertlieb D. Converging trends in family research and pediatrics: recent findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on Family. *Pediatrics* 2003; 111:1572-87). These findings corroborate the results of the research by Motta et al. (2013) that highlights the importance of elaborating educational programs, during graduation and medical residency programs, with an emphasis on functional intestinal constipation and multidisciplinary treatment. Such an addition to medical training would increase the information about the subject, outcomes and better prognosis.

CONSLUSIONS

The symptom in general, and more specifically, functional intestinal constipation, does not encounter a solution only via medication and the emotions. The symbolic goes beyond the organic (real) and affect (imaginary), that is, the ideas are inscribed in the body and in the formation of the symptoms. Therefore, the ideas reflect the body and vice-versa (Lacan, 2003a; Nogueira, 2004).

The neurotic symptom, as a result of the relationship between the ego defenses and the unconscious desires causes inhibition, anguish and, at the same time, traps individuals in a pre-genital enjoyment focused on the orifices of the body; this fixation constitutes an obstacle to cure (Freud, 1996; Kaufmann, 1996). For psychoanalysis, speech is a means of investigation and cure, given that signifiers reveal both the conflicts between instances of the ego and unconscious, and the unconscious content repressed in the symptom. The responses collected via the questionnaire in the present study, demonstrated preliminarily that the spoken signifiers were connected to the fixation of the subject in the anal phase. Additionally, the responses indicated that the symptom of the children presenting functional intestinal constipation were involved with questions related to the functions of the mother, of the father and/or the parental couple (ex-couple) crisis. The speech of the families also indicated a direction for treatment and cure, since they expressed the desire

to speak for another in whom they trusted and establish a fruitful connection with the therapeutic process. Continuity was achieved in the present study through the psychotherapeutic treatment within a psychoanalytic framework, for these children and their respective parents.

Bibliography:

- Bernstein, C. N., Fried, M., Krabshuis, J. H., Cohen, H., Eliakim, R., Fedail, S., ... & LeMair, A. W. (2010). World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. *Inflammatory Bowel Diseases*, *16*, 112-124. <http://dx.doi.org/10.1002/ibd.21048>
- Coppus, A. N. S. (2013). O lugar do corpo no nó borromeano: inibição, sintoma e angústia. *Tempo Psicanalítico*, *45*(1), 15-27.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, *130*, 1377-1390. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2006.03.008>
- Eksterman, A. (2003, Julho). O Ato Psicanalítico e a Medicina do corpo. *Cadernos de Psicanálise*, *19*(22), 51-76.
- Freud, S. (1896). *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*. (Obras psicológicas completas, 1). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1937). *Análise Terminável e Interminável*. (Obras psicológicas completas, 23). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969). *Estudos sobre a Histeria*. (Obras psicológicas completas, 2). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969a). *Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades*. (Obras psicológicas completas, 17). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969b). *Três ensaios sobre a sexualidade*. (Obras psicológicas completas, 7). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969c). *Projeto para uma Psicologia Científica*. (Obras psicológicas completas, 1). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969d). *Os Instintos e suas Vicissitudes*. (Obras psicológicas completas, 14). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1969e). *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise*. (Obras psicológicas completas, 12). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

- Freud, S. (1969f). *Além do princípio de prazer*. (Obras psicológicas completas, 18). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1996). *Inibição, sintoma e angústia*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Kaufmann, P. (Ed.). (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan*. (2a. ed.). (V. Ribero & M. L. X. A. Borges, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: a transferência* (2a. ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998a). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In J. Lacan. *Escritos*. (pp. 96-103). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998b). A agressividade em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos*. (pp. 101-26). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998c). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos*. (pp. 238-324). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998d). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan. *Escritos*. (pp. 493-532). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998e). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In J. Lacan. *Escritos*. (pp. 807-842). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (3a. ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2002). *Cadernos Lacan* (Vol. 2). Porto Alegre, Brasil: APPOA.
- Lacan, J. (2003a). *Televisão*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003b). Nota sobre a criança. In J. Lacan. *Outros escritos*. (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005a). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005b). *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Laplanche J., Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise* (4a. ed.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Leão, M. F., Melo, M. C. B, Torres, M. R. F. (2012). A constipação intestinal crônica funcional sob a perspectiva materna: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(supl. 7), 5-12.

- Lindenmeyer, C. (2012, Dezembro). Qual é o Estatuto do Corpo na Psicanálise? *Tempo psicanalítico*, 44(2), 341-359.
- Mota, D. M., Barros A. J. D. (2008). Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 9-17
- Motta, C. R., Silva, L. R. & Castro, H. A. (2011). *O que sabem os residentes de Pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Motta, C. R., Iêgo, S., Oliveira, J., Castro, H. & Silva, L. R. (2013, Março). What do Pediatrics Residents Know about the psychological factors in constipation? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 38-52.
- Motta C. R., Silva, L. R. (2015, Setembro/Dezembro). O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 14(3), 360-71.
- Nogueira, L. C. (2004, Janeiro). A pesquisa em psicanálise – Aula. *Psicologia USP*, 15(1-2), 83-106.
- Olaru, C., Diaconescu, S., Trandafir, L., Gimiga, N., Olaru, R. A., Stefanescu, G., . . . Iorga, M. (2016). Chronic Functional Constipation and Encopresis in Children in Relationship with the Psychosocial Environment. *Gastroenterology Research and Practice*, 2016, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7828576>.
- Pêcheux, M. (2012). *O discurso: estrutura ou acontecimento* (E. P. Orlandi, Trad., Introdução, pp. 15-29). Campinas, SP, Brasil: Pontes.
- Peixoto, C. A, Jr. (2013). *Michael Balint, a originalidade de uma trajetória psicanalítica*. Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- Pinto, A. C. T., Reis, R. O. Neto. (2012, Julho). Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. *Estudos de Psicanálise*, 37, 15-24.
- Rasquin, A., Di Lorenzo, C., Forbes, D., Guiraldes, E., Hyams, J. S., Staiano, A. & Walker, L. S. (2006, April). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*, 130(5), 1527-1537.
- Rocha, F. J. B. (2012). *Entrevistas preliminares em Psicanálise: incursões clínico-teóricas*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

APÊNDICE B**ARTIGO 2****TÍTULO: SIGNIFICANTES NA FALA DE CRIANÇAS E PAIS ACERCA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL****AUTORES: Claudia Motta; Luciana Silva; Hélio de Castro.**

RESUMO: O objetivo da presente pesquisa é analisar, em cento e quarenta entrevistas preliminares, os significantes em comum nas falas de crianças e pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Articulou-se a essa análise a seguinte questão: como a constipação na criança revela a subjetividade da mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Buscou-se também sensibilizar a equipe multidisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo. Tratou-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com quatorze crianças e adolescentes entre 3 e 18 anos de idade. Os pacientes, diagnosticados com constipação intestinal funcional e sob tratamento médico, foram encaminhados para a analista pela equipe médica do ambulatório de referência do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. A técnica Psicanalítica utilizada nas entrevistas preliminares foi a escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. Os significantes comuns entre os casos foram: fazer, preso, cocô, vaso, colar, segurar *versus* soltar, dificuldade de dividir, timidez, dor, melar, sujo *versus* limpo, angústia, agressividade, sofrer, pai ausente, medo, culpa, controle, bebê, nascer, matar, brincar, trabalhar, dinheiro, teimosia, esconder, monstro, limites, comer *versus* não comer, dentre outros. Os resultados revelaram conteúdos inconscientes recalçados referentes à pulsão anal, à relação da criança com as fezes, à subjetividade da

criança, da mãe, do pai e do casal (ex-casal) parental. Todos os pacientes que aderiram ao tratamento (n=10) apresentaram melhora significativa, dentre os quais, sete obtiveram a cura do sintoma.

ABSTRACT: Objective: analyse, in one hundred forty preliminary interviews, the common signifiers in children's and parents' speeches surrounding the symptom of functional intestinal constipation. This analysis was articulated to the following questions: How does children's constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? This study also searched for raising interdisciplinary team's awareness, specially the pediatric gastroenterologists, about the psychical dimensions of the symptom. A prospective-qualitative study, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age range between 3 and 18 years old, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO (UFBA). The psychoanalytic technique used during the preliminary interviews was the analyst's listening in fluctuating attention and the patients' free association. The common signifiers among the cases were: to make, stuck, poo, toilet, to glue, to hold *versus* to release, difficulty with sharing, shyness, pain, to spoil, dirty *versus* clean, anguish, aggressiveness, to suffer, father's absence, fear, guilt, control, baby, to be born, to kill, to play, to work, money, stubbornness, to hide, monster, limits, to eat *versus* not to eat, among others signifiers. The results showed repressed unconscious matters regarding to the anal pulsion, the relationship of the child with the feces, the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple). All patients that joined the treatment (n=10) presented substantial enhancement, among those seven achieved the symptom's cure.

Palavras-chave: Sintoma; Constipação Intestinal; Fala; Criança; Pais; Psicanálise; Multidisciplinar.

Key words: Symptom; Intestinal constipation; Speech; Child; Parents; Psychoanalysis; Multidisciplinary.

Foucault (1998) chama atenção para o fato de que, somente na passagem do século XVIII a XX, a clínica ganha um sentido de discurso científico, destacando a clínica do olhar e a linguagem na relação médico-paciente como um aspecto crucial no tratamento (Foucault, 1998; Cumiotto, 2008). A partir da escuta das histéricas, no final do século XIX, Freud revoluciona o diagnóstico clínico e o conceito de sintoma quando dá ênfase à escuta daquele que sofre (Cumiotto, 2008; Freud, 1969a). Em Radiofonia, Lacan (2003a) esclarece que Freud antecipou-se à linguística de Saussure quando investiga os tropeços na fala como os atos falhos, chistes e demonstra, com os estudos dos casos clínicos, que o sujeito é falado por um saber inconsciente (Lacan, 2003a). Assim, a ciência para a Psicanálise é a linguística, visto que a linguagem ocupou seu lugar de objeto científico. Esse movimento da Psicanálise constituiu-se numa subversão do conhecimento sobre o homem e seu mal-estar.

A técnica da Psicanálise é, dessa maneira, aquela que dá prioridade ao significante: o analista, em atenção flutuante, escuta o discurso do paciente que, por sua vez, fala o que lhe ocorre à mente. Freud (1896a) instituiu duas leis que dirigem a experiência psicanalítica para o paciente: não omitir e não sistematizar as ideias que lhe ocorre à mente. Este é o conceito da associação livre (Freud, 1896a). O analista, por sua vez, deve convocar o sujeito a incluir-se na produção do seu sofrimento e a querer saber dos seus enganos e engodos

inconscientes. Sensibilizar o paciente a escutar-se é uma das funções das entrevistas preliminares (Cumiotto, 2008). Estas entrevistas preliminares funcionam como um tratamento prévio e podem ser utilizadas com esse objetivo também em instituições hospitalares.

Freud (1969b) denominou esse primeiro momento de “experimento preliminar” ou “tratamento de ensaio” tanto destinado a fins diagnósticos quanto para avaliar a demanda e as condições do paciente para análise (p.165).

Existe um trabalho a ser realizado, entre o analista e o paciente, referente a três aspectos que se encontram interligados: queixa, demanda e estabelecimento da transferência (Cumiotto, 2008; Freud, 1969b). Quinet (2016) divide as funções das entrevistas preliminares em três: “A função sintomal (sinto-mal)”, “A função diagnóstica” e “A função transferencial” (Quinet, 2016, p.15). A transferência é um terreno que legitima a reaproximação do indivíduo com complexos reprimidos e ingresso ao simbólico, pois os conteúdos inconscientes do paciente se atualizam na relação com o analista. O paciente precisa transformar sua queixa em demanda de tratamento e falar para um outro que ele supõe saber algo sobre sua dor, seu sintoma e seu inconsciente (Quinet, 2016). Quanto à função diagnóstica, que significa fazer um diagnóstico diferencial da estrutura psíquica (neurose, psicose ou perversão), em Psicanálise, ela serve para dar a direção da análise e “só pode ser buscado no registro simbólico onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do Édipo” (Quinet, 2016, p.18). Sobre o sintoma, é preciso que este faça questão ao sujeito e passe do estatuto de ser um “significado” e retome sua “dimensão de significante implicando o sujeito e o desejo” (Quinet, 2016, p.17). Além disso, é importante pensar sobre o que provocou o fracasso do recalque para que se constituísse o sintoma e “a que esse sintoma está respondendo” (Quinet, 2016, p.16).

A posição do analista, nesse momento, seria apostar que à medida que o paciente fala em cada entrevista, gera-se um sujeito implicado na sua queixa (Cumiotto, 2008).

A fala, por sua natureza, sempre se antecipa ao sentido, ou seja, o sentido insiste na cadeia do significante e é nela que os significados deslizam incessante e metonimicamente (Lacan, 1998a). Nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação fechada do sentido (Lacan, 1998a). A cada entrevista, ainda que o paciente insista em repetir-se, revela-se algo novo.

Lacan (2003b) descreve o sintoma como “um nó de significantes” (ideias inconscientes) que invadem o real do corpo. O significante ou a palavra falada, portanto, coloca em funcionamento reagrupamentos das diversas significações implícitas e particulares que se manifestam no indivíduo através do sintoma; essa sobredeterminação simbólica do sintoma aparece na sintaxe do sujeito (Lacan, 1998a; Freud, 1969c). Pensando-se na posição subjetiva da criança em relação aos pais, ela se encontra, muitas vezes, entre os significantes mãe e pai e/ou alienada ao significante mãe. O sintoma que a criança apresenta vai, portanto, denunciar seu assujeitamento às verdades inconscientes da mãe, atestando a culpa da mãe neurótica, por exemplo, ou revelando as questões inconscientes do casal parental (Lacan, 2003c).

O sintoma, como um efeito de linguagem, é uma metáfora a ser decifrada (Lacan, 1998b). A metáfora atinge um efeito de sentido, não uma única significação (Lacan, 2003a), ou seja, não é o conteúdo que importa, mas as direções diversas apontadas pela fala do sujeito. Substituto dos conflitos do sujeito, o sintoma vela e revela a verdade inconsciente de cada um (Lacan, 1998b; Kaufmann, 1996). Os sintomas, assim como os sonhos, se referem às experiências dos indivíduos e possuem interpretações próprias, em outras palavras, eles possuem um vínculo com a vida do sujeito que o produz (Freud,

1969d). É nessa dinâmica que o sujeito do inconsciente engata sobre o corpo fazendo sintomas e se posiciona a partir de um discurso (Lacan, 2003b).

Importa o analista ajudar a criança a se escutar e a desalienar-se da mãe e/ou dos conflitos do casal parental, para, então, seguir em direção ao pai: ora identificando-se com ele, ora interrogando-o. E nesse movimento buscar fazer as suas marcas no mundo. Esse processo demanda que a criança se liberte, ao menos em parte, dos aprisionamentos às fases pré-edípicas. A etapa pré-edípica diz respeito às relações da criança com a mãe e é anterior à entrada do pai no processo do Complexo de Édipo (Lacan, 1999). Lacan (1999) afirma que, num segundo momento da dinâmica Edípica, o pai real (mediado pela mãe) entra como agente da castração, ou seja, aquele que separa a criança do corpo da mãe e vice-versa; num terceiro momento, ele funcionará como referência de identificação para a criança. Ao internalizar a lei, dar-se-á a formação do supereu: instância que regulará os impulsos inconscientes agressivos e incestuosos na criança (Lacan, 1999).

A criança que apresenta constipação intestinal funcional encontra-se fixada na pulsão anal (Freud, 1969c). A pulsão é um conceito entre o psíquico e o somático: libido que nasce no corpo e é atravessada pela linguagem (Freud, 1969c; Lacan, 1988). Os componentes sadomasoquistas são característicos da pulsão anal (Freud, 1969c). Eles entram em ação no sintoma da constipação, uma vez que a agressividade é voltada contra o próprio ego e corpo da criança (Freud, 1969c). Reter as fezes significa manter o investimento libidinal na zona erógena do ânus, causando dor e prazer ao mesmo tempo (Freud, 1969c). A tendência é recuar à fase anterior, pois seguir para uma nova etapa significaria lidar com o desconhecido e isto causaria desprazer ao ego (Freud, 1896b). Essa retirada não permite que reorganizações psíquicas aconteçam. Ocorre, então, uma falha no recalque e a formação do sintoma, ou seja, o retorno do recalcado (Freud, 1896b). Fundamentados nesse referencial psicanalítico, o sintoma da constipação intestinal

funcional seria um substituto que busca conciliar as exigências dos impulsos anais inconscientes frente aos limites impostos pelo convívio sociocultural (Freud, 1969c).

O objetivo da atual pesquisa é analisar, em cento e quarenta entrevistas preliminares, os significantes em comum que emergiram nas falas de crianças e pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Paralelamente, articular-se-á essa análise com a seguinte questão: como a constipação na criança revela a subjetividade da criança, da mãe, do pai e/ou da crise do casal (ex-casal) parental? Além disso, o presente artigo busca sensibilizar a equipe interdisciplinar, em especial os gastroenterologistas pediátricos, para os aspectos psíquicos do sintoma em estudo.

MÉTODO

A atual pesquisa é o segundo braço do estudo de doutorado que vem sendo realizado desde 2015 e objetiva fazer uma análise qualitativa das falas das crianças, dos adolescentes e seus pais acerca do sintoma da constipação intestinal funcional. Os pacientes pediátricos, após diagnóstico médico de constipação intestinal funcional, foram encaminhados e submetidos às entrevistas preliminares de referência psicanalítica realizadas pela analista. Para o propósito desse estudo, a constipação intestinal funcional foi definida segundo os critérios de Roma IV.

Trata-se de um estudo prospectivo-qualitativo, de amostra não probabilística, com crianças e adolescentes, na faixa etária entre 3 e 18 anos de idade. Os pacientes diagnosticados com constipação intestinal funcional e sob tratamento médico foram encaminhados para a analista (a própria pesquisadora) pela equipe médica do ambulatório de referência do setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA.

Cada caso atendido foi acompanhado pela equipe médica, dirigida pela orientadora dessa pesquisa; a analista realizou supervisões regulares com o coorientador do presente estudo. A singularidade de cada criança foi considerada.

As entrevistas preliminares, assim denominadas na técnica da Psicanálise, foram embasadas na escuta da analista em atenção flutuante e associações livres dos pacientes. Após acolher os pacientes, escutar a queixa principal e estabelecer vínculo de confiança, solicitou-se às crianças e aos pais que falassem o que lhes ocorresse à mente durante as entrevistas.

Cento e quarenta entrevistas foram avaliadas pela analista: uma média de doze entrevistas por família. A partir da escuta da analista, trechos das falas foram recortados, transcritos, codificados e interpretados. Nas interpretações a analista considerou a particularidade dos sujeitos da pesquisa e a subjetividade de cada criança e adolescente: as significações, para cada um, os significantes que emergiam durante entrevistas e os sentidos das suas falas. Assim, realizou-se uma análise dos significantes acerca do sintoma da constipação intestinal funcional, bem como se articulou o sintoma das crianças com a subjetividade da mãe e do casal (ex-casal) parental, incluído aqui o pai.

Essa análise contou com o apoio do *software* Atlas.ti, que é um programa de auxílio à análise de dados qualitativos. O objetivo do uso desse *software* foi organizar e correlacionar os dados coletados.

Três passos fundamentais permearam a constituição do *corpus* (a fala dos sujeitos) de toda a pesquisa apoiada pelo Atlas.ti. O primeiro passo constou na montagem da Unidade Hermenêutica; no segundo passo, realizou-se a codificação e, no terceiro passo, fez-se a análise dos resultados.

A Unidade Hermenêutica foi montada utilizando-se os seguintes elementos: a) *Primary Docs* ou Fontes da Pesquisa – livros e artigos pesquisados e áudios das entrevistas;

b) Códigos, ou seja, todas as categorizações construídas sobre o *corpus*; c) Famílias ou agrupamentos dos P-Docs, dos Códigos e Memos. Os Memos são anotações feitas pela pesquisadora, sobre qualquer elemento da Unidade Hermenêutica.

O segundo passo, o processo de codificação, consistiu nas categorizações construídas, com base na referência teórico-metodológica psicanalítica, sobre o *corpus*, gerando códigos, criados a partir dos elementos que emergiram nos discursos dos pacientes e das famílias desde o *Projeto Piloto*. Os códigos foram: pulsão anal, sintoma da constipação intestinal funcional, sujeito criança \leftrightarrow objeto fezes, criança sintoma da mãe, criança sintoma do pai, criança sintoma do casal (ex-casal) parental, lúdico e discurso e função paterna frágil.

E o terceiro passo, a análise dos resultados, a partir da qual foram montados os *Reports* (Relatórios) e as *Networks* (redes que correlacionaram todos os dados codificados na Unidade Hermenêutica).

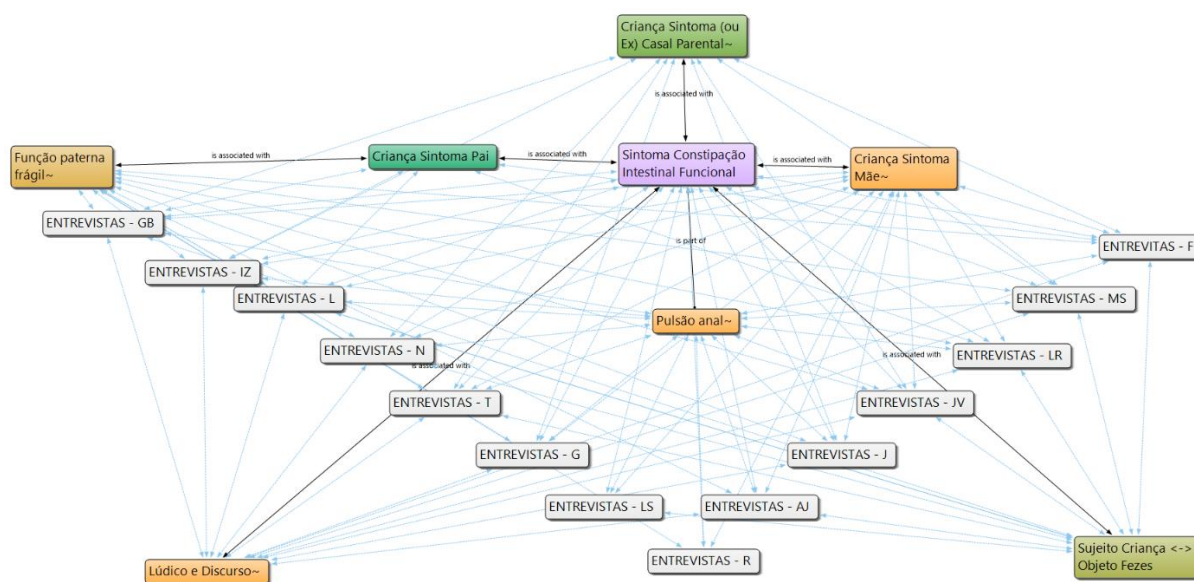


Figura 1- Rede dos códigos utilizados na análise das entrevistas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09). Aos pacientes e responsáveis

que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As primeiras entrevistas preliminares tiveram como função o acolhimento das famílias que trouxeram como foco a queixa do sintoma da constipação. Esses contatos iniciais são importantes para o começo do estabelecimento da transferência paciente-analista. Ao longo da presente investigação, foram atendidas quatorze famílias, dentre as quais, dez aderiram ao tratamento psicanalítico. Dessas dez famílias, sete crianças apresentaram cura do sintoma da constipação intestinal e três obtiveram melhora significativa apesar da interrupção prematura. Quatro pacientes, embora tenham participado das primeiras entrevistas, não aderiram ao tratamento.

A analista escutou, durante a coleta dos dados, significantes que se repetiram ao longo das entrevistas dentro de cada caso e também entre os casos. Esses significantes giravam em torno do sintoma da constipação intestinal funcional assim como revelavam as fantasias das crianças, das mães, dos pais e do casal ou ex-casal parental. A maior parte dos significantes foi das crianças e das mães, um reflexo da preponderância da participação dessas nas entrevistas. Ainda que os pais, em sua maioria, não tenham participado, eles estavam presentes nos discursos das crianças e das mães.

Os significantes, em comum entre os casos registrados, foram: fazer *versus* não fazer/não conseguir, não saber, não querer, fechar, trancar, prender/preso, não largar, guardar, cocô, vaso, merda, pum, mole *versus* duro, colar/grudar, segurar *versus* soltar/largar, sair, separar, demora/lerdeza/preguiça, dificuldade de dividir, não falar, tímida, vergonha, dor, melar *versus* não melar, sujo *versus* limpo/lavar,

angústia/agonia/agitação, não sentar, não ter, agressividade/raiva/bater/irritação, reclamar, nervosa, briga/discussão/estresse, gritar, xingar, machucar, sofrer, chorar/tristeza, abandonar, pai ausente, medo, culpa, cobrar, ter que, controle, não deixar, bebê, nascer, matar, nada, não, brincar, trabalhar, comprar, casa, ganhar, dinheiro, pagar, cair, tempo, teimosia/desobedecer, esconder, mentir, não conseguir, monstro, tudo sou eu, mãe, pai, pai ausente, cortar, falta, limites, dormir na mesma cama, bebê, fralda, colo, não morder, comer *versus* não comer, enjoar/náuseas/vomitar.

A analista escutou alguns significantes específicos, dentre os citados acima, falados pelas crianças, pelas mães e pelos pais. Amolecer, duro, dor de barriga, bufar, pum, cagar, vaso, casa, dificuldade de dividir, família, monstro, nada, papai, mamãe foram palavras exclusivas, nas falas das crianças, que revelaram a fixação na pulsão anal, a relação do infans com as fezes, com a mãe e com a função paterna. Quando falavam sobre as mães, surgiram verbos como: reclamar, pressionar, não deixar, gritar, demônio. Acerca dos pais, extremos como brincar e bater despontaram nas entrevistas o que demonstrou fragilidade da função paterna.

No discurso das mães, apareceram significantes como: abandono e culpa, fazer tudo, medo, tem que – expressões que também remetem à pulsão anal e suas exigências. Indicam também a relação de controle da mãe com o filho quando relacionadas com o que as mães diziam sobre os filhos: chamar atenção, desobediente, teimosia, esconder, fralda, chantagem, não come, não faz, não sujar, não senta. Em relação aos pais, as mães falaram que estes faziam a vontade dos filhos, eram ausentes e não os apoiavam.

Referente ao discurso paterno sobre os filhos, destacam-se os significantes preso, teimosia e se combinam (referente à identificação da criança com a mãe). Ao falarem de si mesmos, tempo e trabalho foram comumente acessados. E quando os pais aludiam às mães,

afloraram nas falas significantes que denunciaram a pulsão anal da mãe: brigar, discutir, grita muito, gasta demais, compulsiva.

Durante a escuta e recorte de fragmentos das entrevistas gravadas, foram realizadas seiscentas e quarenta e quatro codificações que contemplaram os objetivos da pesquisa. A partir da análise desses dados, verificou-se que o código pulsão anal apareceu cento e dezesseis vezes; criança sintoma da mãe, cento e dez vezes; função paterna frágil, oitenta e oito vezes, sintoma da constipação intestinal funcional, oitenta e sete vezes, sujeito criança \leftrightarrow objeto fezes, sessenta e quatro vezes; criança sintoma do casal (ex-casal) parental, quarenta e cinco vezes; criança sintoma do pai, oito vezes.

O código lúdico e discurso apresentou maior frequência, com cento e vinte e seis ocorrências. Importa ressaltar que o lúdico foi um instrumento estratégico utilizado para facilitar a fala da criança, uma vez que a escuta do discurso é o ponto central da técnica psicanalítica.

DISCUSSÃO

Na fala do paciente, emergem o real, o simbólico e o imaginário ao mesmo tempo. Quando o paciente fala do sintoma da constipação, ele fala do real do corpo; ao falar dos conflitos psíquicos e das ideias que giram em torno do seu mal-estar, aparece o eixo simbólico do discurso. E quando ele expressa afetos, relações de amor e ódio, predomina o eixo imaginário no discurso. É tarefa do analista não se enredar pelo eixo imaginário egóico, mas sim dirigir sua escuta para o simbólico e escutar os significantes essenciais na fala, como, por exemplo, aqueles significantes que se repetem ou que chamam atenção por destoarem do discurso, em princípio linear.

O que faz o analista para que aconteça o efeito metafórico do salto significante? O analista trabalha com o corte no discurso metonímico do paciente e interroga apontando para o inconsciente, para que, assim, novas significações ou metáforas possam surgir. Dessa forma, o sujeito, por meio da narrativa, além de alcançar um entendimento do que está acontecendo consigo, também passa a dar novos sentidos às ideias que emergem no seu discurso.

A Psicanálise traz uma contribuição importante para as teorias de discurso quando faz articulações entre o sujeito e a cadeia significante (Gaspard, Silva, Dunker, Assad & Doucet, 2010). Lacan (1998c, p. 468) retoma Freud e afirma que o “materialismo freudiano” é a fala. O inconsciente que é constituído enquanto linguagem, desde Freud, é uma cadeia de significantes que se repete e insiste (Lacan, 1998b).

Todo verbo abarca uma ação que está inserida numa determinada fantasia (Lacan, 1998b). O sujeito dividido, ora alienado ora separado do *objeto*, encontra-se ligado a ele através da fantasia que constrói inconscientemente (Lacan, 1998b). O objeto elegido pode ser o seio, o olhar, a voz, o cíbalo, o fluxo urinário – todos representantes do falo* (Lacan, 1998b). No caso da criança com constipação intestinal funcional, o objeto em evidência são as fezes (Freud, 1969c). Estas representam, para a criança, uma parte importante do seu corpo e, por vezes, ela própria (Freud, 1969c). Uma das teorias sexuais infantis que expressa deslocamentos do objeto fezes para novas significações é a de que os bebês são gerados pelo ato de comer e nascem pelos intestinos (Freud, 1969c). A partir dessa fantasia inconsciente infantil e da escuta clínica das análises de adultos, Freud (Freud, 1969c)

* Falo: Na doutrina freudiana, o falo simboliza o pênis ou clitóris, contudo não se reduz ao órgão. O termo falo remete a uma das fases do desenvolvimento sexual infantil – a fase fálica – descrita por Freud (1969c) quando a criança possui a convicção de que todos os seres têm pênis e são poderosos. Ao deparar-se com a mãe castrada e com a intervenção paterna que a retira da posição de falo imaginário (objeto de desejo da mãe que, supostamente, tamponaria sua falta), a criança é introduzida no chamado Complexo de Castração. A castração, portanto, é de ordem simbólica. De ser ou não ser o falo da mãe, a criança, mais adiante, passa a ter ou não ter o falo. O falo, agora simbólico, é um significante que representa a falta (Freud, 1969c; Kaufman, 1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

descreveu a equação fezes = *falo* = bebê e, mais adiante, igual a dinheiro = poder. As fezes, matéria apreciada desde a tenra infância, proporcionam satisfação à pulsão escatológica; mais tarde caem no menosprezo após repressão imposta pela educação (Freud, 1969e). Toda a relevância dada outrora às fezes é transposta, na vida adulta, para uma substância que é supervalorizada: o ouro (Freud, 1969e).

Um dos sujeitos do presente estudo, Gb, 8 anos de idade, queixou-se nas entrevistas que a mãe o chamava de “merda”, “satanás” e “diabo”, “na frente da família” e, ainda, o “ameaçava” de “abandono”. Os significantes “merda” e “diabo” conduzem à vinculação existente entre os excrementos, o ouro e o Diabo desde os primórdios da humanidade. Freud (1969e) assinala que o ouro é considerado o símbolo das fezes nos sonhos do folclore em que o Diabo aparece como sedutor e como aquele que concede os tesouros: a própria “personificação da vida instintual reprimida e inconsciente” (Freud, 1969e, p.241).

Observou-se, no decorrer das entrevistas preliminares, que em boa parte dos casos estudados as falas das crianças expressaram como o desejo de reter as fezes e ser o falo (objeto de desejo) da mãe deslocou-se para o desejo de ter e ganhar dinheiro. Durante o ato de brincar, por exemplo, as crianças falavam do “cocô” que “caía” e se transformava em “bebê” que “nascia”. Mais adiante, começavam a expressar o desejo de crescer e “trabalhar” para “comprar um carro”, “comprar uma van”, “comprar uma casa”. No primeiro tempo do complexo de Édipo, há uma relação imaginária, dual entre a mãe e a criança em que está se identifica, especularmente, com o falo imaginário, ou seja, como objeto de desejo da mãe (Lacan, 1999). Enquanto que no terceiro tempo, no declínio do complexo de Édipo, a criança identificar-se-á com as insígnias do pai, aquele que tem o falo. Nesse momento, ela entra na dinâmica de ter ou não ter o falo (Lacan, 1999).

Nas falas das crianças e dos pais encontraram-se diversos significantes em comum, anteriormente expostos nos resultados, que se repetiram ao longo das entrevistas

preliminares, assim como escutou-se uma pluralidade de sentidos e fantasias atribuídos ao sintoma.

Uma busca semântica dos significantes foi realizada e curiosos significados foram acessados. O verbo “fazer” origina-se do latim *facere* que significa obrar, executar (Ferreira, 1999, p.886); enquanto que o seu oposto, o verbo “reter” (do latim *retinere*) é definido como não deixar escapar da mão, guardar em seu poder o que é de outrem (Ferreira, 1999, p.1758). A criança com constipação intestinal não solta, não dá uma parte de si mesma para o outro que a materna. A criança trata as fezes como o primeiro presente ou obra produzida que oferecerá à mãe; a criança constipada tem dificuldade de dar esse presente que representa, simbolicamente, um dom de amor (Freud, 1969c; Lacan, 2005a).

A maioria das crianças investigadas apresentava dificuldades em fazer determinadas atividades ou tarefas; durante as entrevistas era comum elas repetirem frases como: “Não sei fazer”; “Eu tento fazer, mas eu não consigo”; desistiam de “fazer a obra” na primeira tentativa. A criança constipada reprime as fezes e agarra-se à fase anterior conhecida. Ela não avança para a fase seguinte que a ameaça com novos desafios. A mãe, por sua vez, demanda que a criança “tem que fazer” ou “tem que prender” o cocô naquele determinado momento. O “ter que” remete à exigência, característica própria da pulsão anal. Lacan (2005a) afirmou que as fezes adentram na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Durante o processo da educação de higiene, a mãe dá duas ordens opostas: retenha as fezes e solte-as!

“Grudar” foi outro verbo em comum que apareceu nos discursos das mães e das crianças. “Grudar” significa ligar, unir, colar (Ferreira, 1999, p.1012). O oposto dos verbos “reter” e “segurar”, “grudar” é o verbo “soltar” que carrega uma gama de significados intrigantes como desprender, tornar livre (Ferreira, 1999, p.1880). A partir dessas palavras

pode-se pensar na operação, descrita por Lacan (1999), de separação simbólica a qual mãe e criança precisam atravessar no segundo tempo do Complexo de Édipo.

Com a evolução do tratamento, as crianças saíam da paralisia e começavam a falar: “Quero fazer coisas. . . brincar. . . conversar”; “pintar”, “melar”, “comprar”, “trabalhar”.

Para as crianças investigadas, algo para além das fezes precisava cair. Num dos casos (N, 3 anos de idade), tanto para a mãe quanto para a filha, identificadas imaginariamente, a fantasia em torno dos significantes “cair” e “soltar” as fezes era “nascer”. Nascer, do latim *nascere*, por nasci: vir ao mundo, vir à luz, começar a ter vida exterior, começar a crescer (Ferreira, 1999, p.1392-1393). Ao falar sobre o seu medo de que a filha precisasse ser “internada” por causa da constipação, a frase da mãe remeteu à ideia de um parto cesária: “Nove dias, eu imagino assim, o cocô já duro na barriga, sem conseguir sair de jeito nenhum, tendo que abrir a barriga pra tirar”. Para a criança, ao longo das entrevistas, o significante “cocô” deslocou-se para “bebê” – “cair” – “nascer”. A palavra “cair” (do latim *cadere*) semanticamente é definida como: ir ao chão em virtude do próprio peso, por desequilíbrio; descer sobre a terra (Ferreira, 1999, p.364-365). A certa altura das entrevistas, a menina começou a arremessar os brinquedos e a deixar “cair” os bonecos que representavam a mãe e o bebê: “Caiu! . . . Papai vai salvar!”.

Por outro lado, para Gb, “cair” estava associado a se machucar, auto agredir-se; enquanto que para a adolescente F (12 anos), o verbo “cair” - que antes significava cair no real, desmaiar - ganhou outros sentidos: a passagem da infância para a adolescência.

O deixar “cair” tornava-se custoso para diversas crianças desse estudo. Como “deixar cair” se o pai, aquele que supostamente a ajudaria a separar-se da mãe, as havia “abandonado” na realidade ou simbolicamente? “Abandono” foi outro significante em comum nas falas de algumas mães quando a analista indagou pelo pai.

Durante as entrevistas, os significantes “sujar” e “limpar” também foram bastante comuns nas falas das crianças e dos pais. As mães, em geral, tentavam controlar o sujar, o melar e as misturas com a tinta que as crianças faziam. O mesmo acontecia quando relatavam sobre as fezes dos filhos, e eles reproduziam, muitas vezes, o mesmo discurso.

“Sujar”, segundo o dicionário Aurélio, é definido como: emporcalhar, tornar impuro, contradizer, defecar, evacuar involuntariamente (Ferreira, 1999, p.1900) “Sujar” *versus* “limpar”, lembra Freud em O mal estar na civilização (Freud, 1930), que escreveu sobre a transformação do interesse genuíno das crianças pela função excretória e o desenvolvimento de um grupo de traços de caráter bastante familiar e importante para as exigências civilizatórias: o sentido de ordem, limpeza e parcimônia. No que diz respeito à parcimônia e ao seu oposto, o desregramento, detectou-se esse traço no discurso de algumas mães quando falavam sobre os filhos.

Os significantes “bater” e “dor”, por sua vez, apontam para os componentes pulsionais inconscientes sadomasoquistas, também específicos da pulsão anal – quando a agressividade é voltada contra o outro ou contra o próprio eu, respectivamente (Freud, 1969c). Quando indagado sobre o “bater”, G afirmou que “precisa” apanhar para ele ter “controle” da sua raiva: “Porque, se bater, minha raiva volta ao normal. Eu fico com controle da raiva de novo”. E o que você faz com a raiva quando sua mãe lhe bate? Perguntou a analista. G respondeu: “Nada. Bebo água”. Analista: Engole a raiva? G: “Engulo”. No discurso de G, evidenciou-se um traço masoquista que, mais adiante nas entrevistas, ele esboçou uma elaboração: desenhou uma bateria e escreveu o nome separado “BATE RIA”. Quando G faz um corte (inconscientemente) na raiz do significante “Bateria”, aparece o gozo (“ria”, de rir) no ato de “bater”, não apenas no “apanhar”. G fez algo em relação a seu gozo ou prazer com a dor: falou do seu desejo de aprender a “bater” nos tambores e decidiu começar a tomar aulas de bateria.

O relato da mãe de Gb expressou bem esse aspecto da pulsão anal no filho: “Ele mesmo fala: ‘eu prefiro apanhar do que fazer’”. Vale ressaltar que as violentas contrações musculares a partir da retenção das fezes provocam dor e grande prazer (Freud, 1969c). Assim, a criança prende as fezes não apenas por “medo” da “dor” no momento de evacuar, como muitos pais e médicos atestam, mas também porque sentem um certo prazer em retê-las (Freud, 1969c).

A etimologia da palavra “angústia”, outra palavra comum encontrada no atual estudo, tem sua raiz no latim (*angustus*) que significa estreiteza, limite de espaço ou de tempo, aflição, ansiedade, tormento (Ferreira, 1999, p.142). Em Inibições, Sintoma e Angústia, Freud (1969f) descreve a angústia como um “estado afetivo que tem um caráter muito acentuado de desprazer” acompanhado de “sensações físicas referidas” aos “órgãos respiratórios e coração” (Freud, 1969f, p.155). O autor acrescenta ainda que a angústia é um sinal do ego frente aos perigos inconscientes eminentes relativos aos impulsos incestuosos e agressivos (Freud, 1969f). Porém, o perigo central é o perigo de castração ou de algo que remeta a ela como: abandono psíquico pelo desamparo físico e mental da criança, perda do objeto de amor, do seio (no desmame), das fezes e outras perdas próprias da vida (Freud, 1969f). A angústia é aquela que não engana: ela aponta para o real (o inominável); este é o seu objeto (Lacan, 2005a). A morte é um exemplo do real.

Num dos casos pesquisados (J), a mãe falou do “desespero” e da angústia que sentia quando o pai da criança a ameaçava de “perder” a filha (tomar a guarda da filha). A possibilidade de “perder” a filha conectou a mãe de J com o desamparo e com fantasias suicidas. J fez sintoma: o pai a colocou como moeda de troca do ex-casal parental, ao mesmo tempo em que foi capturada pela fantasia suicida e lugar de desamparo da mãe. As fezes, na etapa anal, passam a ser a moeda de troca, pois alcançam um estatuto de valor simbólico, um objeto de valor que a criança dá para a mãe quando esta faz a demanda

(Freud, 1969c; Pinto & Reis, 2012; Lacan, 1999). J foi posta no lugar das fezes que possuem, de acordo com Aldous Huxley, citado por Lacan (2005b), expressões da ambivalência (amor e ódio) do valor dado aos excrementos: admiração e renegação (Lacan, 2005b; Motta, 2013).

A angústia pode ser lida como angústia de separação. A fase anal é uma das etapas do desenvolvimento psíquico da criança durante a qual ela reelabora separar-se da mãe e de uma parte dela mesma (Freud, 1969c; Lacan, 1998c; Lacan, 2005b). Enfrentar os desafios dessa etapa representa uma passagem do investimento narcísico da criança para a construção de laços sociais (Freud, 1969c). A “dificuldade de dividir”, que também remonta à perda, foi encontrada em vários casos carregando diversas significações. “Dividir” (do latim *dividere*) semanticamente significa separar as diversas partes de; estabelecer desavença entre; cortar (Ferreira, 1999, p.697). A dificuldade com a operação matemática da divisão é uma outra faceta da dificuldade de dividir emergentes nos discursos analisados.

Pinto e Reis (2012) encontram, em sua pesquisa, uma dificuldade peculiar dessas crianças na matemática, referente às contas de dividir; os autores interpretam que elas têm dificuldade com a troca na relação com a mãe e, ao lado disso, elas têm que lidar com um “resto”, com “algo que sobra” dessa operação de divisão (Pinto & Reis, 2012, p.21). Da mesma forma, como aparece em diversos casos, a criança apresenta mutismo, ou seja, “não fala” e conserva na memória suas ideias revelando uma “dificuldade em dividir”, não apenas as fezes, mas também a palavra.

Para cada sujeito falante, na busca de dar sentidos as suas angústias, os significantes se repetem e possuem significados diversos. Lacan (1988) defende a ideia de que a repetição está no simbólico; o sujeito repete na tentativa de dar conta dos traumas, das

perdas e separações na vida. A repetição aparece no discurso, no brincar, no fantasiar, nas ações e na transferência do paciente com o analista (Lacan, 1988).

“Tempo”, “correria”, “trabalho” e “pagar as contas” foram significantes recorrentes nos discursos de algumas famílias. A mãe de N “angustiada” diante da constipação da filha, não podia dar o tempo subjetivo que a criança precisava para evacuar. A mãe falava de si mesma como uma pessoa que se “cobra muito”, “tensa”, “não relaxa” e, às vezes, “resmungona”. A mãe descrevia o momento da evacuação da filha como uma “luta de sumô” quando a “pegava no colo” e “dobrava o joelho pra tentar quebrar a força do glúteo”; “Deixe filha, deixe o cocô sair!”, dizia a mãe que chorava angustiada e com medo da filha “criar um trauma do cocô”. De acordo com Pinto e Reis (2012), o momento de evacuar significa, para as crianças com encoprese, um jogo de cabo de guerra, em especial quando a mãe demanda que ela faça o cocô em determinada hora e local. Os autores alertam que cada criança tem o seu tempo subjetivo para separar-se das fezes e também solicitar a ida ao vaso (Lacan, 2005a; Pinto & Reis, 2012).

“Teimosia” e “desobediência” foram outras queixas comuns dos pais das crianças com constipação intestinal. “Ela não pensa antes de fazer e não aceita limites. . . Ela é muito desobediente, respondona”, falou a mãe de Ls. O verbo “teimar” (do latim *thema*) significa insistência em fazer alguma coisa, obstinação (Ferreira, 1999, p.1936). E “desobedecer” é definido como não se submeter, transgredir, infringir a lei (Ferreira, 1999, p.660). Essas são características típicas de crianças fixadas na fase anal, diz Freud (1969c). O contexto em que a “teimosia” se revela na presente investigação é de que esse significante está ligado à função paterna fragilizada, pois há uma certa complacência dos pais frente às demandas dos filhos. A função paterna é fundamental no desenvolvimento psíquico da criança e está relacionada aos três tempos do complexo de Édipo anteriormente descritos. Lacan (2003c) atestou que o sintoma da criança diz respeito à verdade inconsciente da mãe ou do casal

parental. Na atual investigação, notou-se, por exemplo, que algumas crianças se comportavam de maneira obstinada em casa, contudo na escola eram obedientes, cordatas e colaboradoras: “Agora na escola, não dá trabalho. É prestativa, é inteligente. . . não dá trabalho”, falou a mãe de Lr. Esse é um dos dados da pesquisa que corrobora com a ideia de que o sintoma da criança é dirigido aos pais.

As mães, na maioria dos casos estudados, impediam que os pais exercessem suas funções e os desqualificavam, apesar de, no discurso, queixarem-se da ausência dos mesmos na educação dos filhos: “O problema em si dos filhos, sou eu que resolvo. Passo pra ele depois”, mãe de MIs.

Os pais, por sua vez, em geral, não faziam o movimento de intervir e participar, embora reclamassem. Num trecho da entrevista dos pais de MIs, essas contradições apareceram no discurso do casal:

Mãe: Mas é. Ele sempre fez vontade aos filhos. Mas não é só isso. . . eu concordo com ele. Às vezes eu quero que ele entre.

Pai: O limite quem dá mais é ela. Também porque eu fico ausente, né. . . Quando eu chego eu quero brincar e dar risada com ela. Eu não quero chegar e gritar. . . parecendo aquela figura que só chega pra brigar.

Mãe: Não! Não! Eu quero que ele entre.

Pai: Nem sempre, viu! Eu tomo cada dura: “Não se meta!”

Grande parte das crianças estudadas encontrava-se “no meio” das questões do casal ou ex-casal parental, cada uma com as suas particularidades. “Traição”, “brigas” e “mágoas” entre o casal parental. Algumas crianças literalmente dormiam no meio do casal, na cama: “Ela é que preenche o espaço, ocupa tudo do casal”, falou a mãe de MIs.

No caso de Gb, a mãe queixava-se e cobrava do filho: “Ele [o filho] tem que me ajudar. . . Só isso que eu cobro dele. . . Doutora, tudo é uma briga [referindo-se ao casal]. . . E tudo é uma confusão, tudo é uma agonia, e Gb no meio. . . Gb no meio. . . O casamento é um fracasso”. A mãe de Gb tentava barganhar com o filho: “Você tem que aprender a ser meu amigo. . . Se você fosse meu amigo, eu já teria resolvido meu problema”. Na demanda

que a mãe fez para o filho, ficou clara a fantasia de fazer aliança com a criança para se separar do marido e, assim, excluir o pai. O filho invertia o lugar de autoridade, desqualificava a mãe e desafiava o pai, uma maneira de pedir socorro: “Minha mãe grita comigo” e “Meu pai não liga pra mim; é ausente”, replicou Gb. O pai denunciava: “Ela [a mãe] tira minha autoridade, como pai. Isso tá errado”. Contudo, o pai de Gb atestou fragilidade no exercício da sua função ao permanecer ausente na educação do filho; substituía, por exemplo, a palavra pelo ato de “bater”.

Quando se investiga os discursos, importa perguntar primeiro do que ele é feito (repetições, sentidos, condições de enunciação) e depois, o que esse discurso produz, que tipo de prazer e dor ele esboça (Gaspard et al, 2010). Também se pode detectar, na fala do paciente, exigências superegoicas, idealizações, efeitos de luto, dentre outros (Gaspard et al, 2010).

Outro fator relacionado aos verbos “teimar” e “desobedecer” foi a fantasia de “morrer” como uma punição. Os pais de Gb, por exemplo, ao se sentirem impotentes, muitas vezes lançavam mão de ameaças que agravavam a condição psíquica do filho. Seguem abaixo fragmentos da entrevista com o menino:

Analista: Se você não obedecer sua mãe, o que acontece?

Gb: Não sei. . . minha vó disse que tem que obedecer sua mãe. Porque senão ela diz algo assim: Deus! Bota num caixão pra logo salvar a alma! Minha mãe que diz: Bota num caixão, meu Deus, pra salvar a alma dele! Que assim ele não vai salvar a alma não. Diz assim mesmo. . . Aí já fico assim logo aterrorizado.

A palavra “aterrorizado” significa dominado pelo terror, apavorado (Ferreira, 1999, p.223). “Medo”, outro significante em comum na fala das famílias investigadas: “Ela tem medo de ficar sozinha. . . Tem medo de tudo. . . e não é só de noite não”, fala da mãe de Iz. Medo vem do latim *metu*, sentimento de grande inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário de uma ameaça (Ferreira, 1999, p.1307).

O medo pode ser uma estratégia da criança de requisitar a intervenção da lei paterna que faz barra à angústia de estar submetida ao desejo inconsciente da mãe. Freud (1969g) abordou essa questão com maestria quando escreveu sobre o pequeno Hans, um caso de fobia numa criança de cinco anos de idade. A fobia de Hans foi o meio pelo qual o menino pediu que o pai interditasse tanto a sua relação incestuosa com a mãe quanto seus impulsos agressivos dirigidos ao seu rival, o pai, que também era amado e admirado por Hans (Freud, 1969g). As crianças desse estudo encontravam-se assujeitadas às demandas e fantasias das suas mães. Elas manifestavam essa questão na fala como, por exemplo, o menino Gb que dizia que a mãe o colocava no lugar de “nada”: “Depois ela [a mãe], ela diz que eu não valho nada”. O significante “Nada” se endereça ao significante “tudo”. Essa criança vale tudo e ao mesmo tempo “nada” para sua mãe, assim como o valor dos excrementos: a sobra e o ouro. Ainda que submetidas às fantasias das mães, essas crianças encontraram uma forma de requisitar a função do pai por meio do sintoma da constipação.

Seguindo a pesquisa semântica, examinou-se o verbo “prender” (do latim *prehendere*) que significa tornar unido o que estava separado, privar da liberdade, encarcerar, fixar (Ferreira, 1999, p.1630). Significados que, em sua maioria, conduzem à ideia de controle. O sintoma da constipação intestinal funcional revela um controle que ambas (mãe e criança) tentam exercer uma sobre a outra. A criança “prende” as fezes e priva, muitas vezes, a mãe de fazer outras atividades. “Ela tá presa tem quinze dias. . . O cheiro de cocô. . . Ninguém suporta ela. . . Eu entro no banheiro com ela. . . pra ver o sofrimento dela. . . Aí eu invado o banheiro”, falou a mãe de F. Os pais de JV sentiram-se presos após o nascimento do filho: “Quando JV nasceu, a gente ficou muito preso. . . não podíamos mais sair”, revelou o pai. A mãe de Ls afirmou: “Lá em casa, eu não deixo ela solta. . . ela fica mais presa”.

Contudo, o verbo “prender” pode aparecer no discurso velando um outro desejo, oposto àquele que se pode associar à prisão de ventre ou prisão ao ventre materno. Gb começou a brincar com argila e construiu uma “prisão”. A analista perguntou: Para quem é essa prisão? Gb respondeu: “Pra mim mesmo. . . Eu fico preso também num buraco que eu faço e fecho. E não tem porta. Não tem uma janelinha assim, pra eu voar assim”. Implícito na ideia da “prisão” encontrava-se o desejo de “voar”, de libertar-se. Após um tempo de tratamento, ele expressou querer se “libertar da mãe”.

No caso de Lr (de cinco anos), o início da constipação foi marcado pela prisão do pai na cadeia, seguida da sua morte e morte do avô materno. Após a morte do pai de Lr, a família se “isolou” ainda mais “do mundo”, falou a mãe. Esta nunca conversou com Lr sobre a morte do pai: “Morreu, enterrou”. A primeira vez que a mãe falou sobre essa perda foi na entrevista.

Ao longo das entrevistas, Lr começou a recuperar a narrativa que estava aprisionada no sintoma da constipação intestinal. As ideias e as palavras começaram a ganhar novos sentidos. A fantasia de “matar a mãe”, simbolicamente, ganhou o sentido de “descolar”, elaborar o luto do pai e “fazer” sua marca no mundo, a “obratura”, que para Lr também significava “linguiça”. Abaixo um fragmento da entrevista de Lr enquanto brincava com argila:

Lr: Porque mamãe disse que ia salvar [pausa] papai. Mas ele não vai.

Analista: É por isso que não dá o cocô para mamãe? Porque você acha que ela não salvou papai?

Lr: Mamãe é muito chata.

Mãe: Acaba com mamãe todos os dias.

Lr: Acabo com mamãe, mas com papai eu não acabo.

Mãe: Ela fala no pai dela direto agora. . . diz que tem saudade. Chorou.

Analista: O que você fez com a argila?

Lr: A obratura.

Analista: O que é “obratura”?

Lr: Obratura é uma linguiça.

Analista: “Obratura” é Obra tua!

Segundo Groddeck (1988), a similaridade entre “fezes-nascimento-concepção e língua-pênis-fortuna-dinheiro” se reproduz a toda hora no inconsciente, “nos enriquecendo ou empobrecendo, nos tornando enamorados ou sonolentos, ativos ou preguiçosos, poderosos ou impotentes” (Groddeck, 1988, p.168).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica da Psicanálise prima pela escuta dos significantes. A escuta, em atenção flutuante, é a via por meio da qual o analista rastreia a libido e suas fixações que emergem na fala do paciente sob transferência. Essa técnica, utilizada nas entrevistas preliminares, obteve soluções significativas: a cura do sintoma da constipação em sete crianças, uma melhora importante do sintoma em três crianças, uma maior aceitação dos limites impostos pelos pais, mais socialização, melhor canalização da agressividade, aproximação da criança com a figura paterna e melhor desempenho escolar. Essas consequências demonstram que a Psicanálise cura pelo significante uma vez que a fala, no tratamento, atravessa o corpo e provoca efeitos de cura, a começar por uma retificação subjetiva. No caso das crianças dessa investigação, a divisão apareceu da seguinte forma: elas começaram a se dar conta do desejo de manterem-se coladas à mãe por meio do sintoma da constipação intestinal *versus* a demanda pela função paterna.

Os significantes produzidos nas falas dos pacientes denunciaram como o sintoma da constipação intestinal na criança revela a subjetividade da mãe, a crise do casal (ex) parental e a função paterna frágil. A maior parte dos significantes que emergiram encontra-se imbricada e expõe traços da pulsão anal.

A partir da repetição dos significantes e elaboração das suas diversas significações, ocorreu o deslocamento dos mesmos para novos significantes e sentidos. Esse fato demonstrou a importância da repetição na técnica da Psicanálise e direção da cura.

A analista deparou-se com algumas dificuldades ao longo das entrevistas como: neurose grave da mãe; crise no casal (ou ex-casal) parental; resistência dos pais ao tratamento e, conseqüentemente, da criança; falta de tempo e dinheiro.

Durante o processo de codificação das entrevistas, a maior frequência dos códigos listados foi pulsão anal e criança sintoma da mãe. Esse dado abre para novas pesquisas no campo da Psicanálise quando Lacan (2005b) atestou que as fezes adentram na subjetivação da criança por meio da demanda da mãe.

A atual pesquisa procura dialogar com profissionais de diversos saberes que se interessam pelo caminho da Psicanálise. Nesse sentido, espera-se que os profissionais das equipes multidisciplinares possam escutar os significantes identificados nesse estudo e, assim, obter maior qualidade no atendimento, eficácia nos encaminhamentos e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para as crianças portadoras do sintoma de constipação intestinal funcional.

REFERÊNCIAS

Cumiotto, C. (2008). As entrevistas Preliminares e a Clínica Psicanalítica. In Backes, C. (Orgs). *A Clínica Psicanalítica na Contemporaneidade* (pp. 17-24). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Zahar.

Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freud, S. (1896a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In Freud, S. *O Caso Schreber, Artigo sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)* (pp. 149-163). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1896b). Carta 52 (Afasias). In Freud, S. *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos* (pp. 254-259). Rio de Janeiro: Zahar

Freud, S. (1930) O mal-estar na civilização. In Freud, S. *O futuro de uma ilusão* (pp. 81-178). Rio de Janeiro: Zahar.

Freud, S. (1969a). *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)* (pp. 43-63). Obras Psicológicas completas, 2. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969b). Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In Freud, S. *O Caso Schreber, Artigo sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913)* (pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969c). *Três ensaios sobre a sexualidade*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.

Freud, S. (1969d) O sentido dos sintomas. Conferência XVII. In Freud, S. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III)* (pp. 13-23). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969e). Os sonhos no folclore (Freud e Oppenheim). In Freud, S. *Obras psicológicas completas* (Vol. 12) (pp. 227-259). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969f) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In Freud, S. *Obras psicológicas completas* (Vol. 20) (pp. 107-198). Rio de Janeiro: Zahar.

Freud, S. (1969g). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In Freud, S. *Obras psicológicas completas* (Vol. 10) (pp. 15-153). Rio de Janeiro: Zahar.

Gaspard J.L., Silva N., Jr, Dunker C.I.L., Assadi T.C., Doucet C. (2010) Psicanálise e análise de discurso: elementos para uma investigação clínica futura. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 2, 361-378. doi:10.5546/peste.v2i2.16635.

Groddeck, G. (1988). *O Livro disso* (2a ed.). São Paulo: Perspectiva.

Kaufmann, P. (Ed.). (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan* (2a ed.). (V. Ribero & M. L. X. A. Borges, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1998a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 493-532). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1998b). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 807-842). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1998c). Situação da psicanálise em 1959. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 461-496). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1998d). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (3a ed.) Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2003a) Radiofonia. In Lacan, J. *Outros Escritos* (pp. 403-448). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2003b). Televisão. In Lacan, J. *Outros Escritos*. (pp. 509-543). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2003c). Nota sobre a criança. In Lacan, J. *Outros escritos* (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2005a). *O Seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2005b). *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Motta , C.R.(2013) Da terapêutica médica à psicanálise. *Revista Topos*, 14, 439-445.

Pinto, A. C. T., & Reis Neto, R. de O. (2012). Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. *Estudos de Psicanálise*, 37, 15-23. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372012000100002&lng=pt&tlng=pt.

Quinet, A. (2016). *As 4+1 condições da análise* (14a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

APÊNDICE C*



Ensino, Educação e Interdisciplinaridade

**PSICOTERAPIA BREVE EM PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
FUNCIONAL: CONTRIBUIÇÕES À EDUCAÇÃO MÉDICA**

Brief Psychotherapy in patients with functional intestinal constipation: contributions to
medical education

Claudia dos Reis Motta¹
Luciana Rodrigues Silva²
Hélio de Castro³
Eduardo Gomes Ferraz⁴

Resumo

A constipação intestinal, frequente na infância, reflete questões psíquicas além das físicas na sua determinação. O presente artigo tem como objetivo discorrer sobre o sintoma da constipação intestinal funcional e sua solução psíquica em uma criança de sete anos de idade, tomando como referência a psicanálise. Pesquisa com análise qualitativa no Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do HUPES-CPPHO (Hospital Universitário Professor Edgar Santos - Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira da UFBA). A relevância da clínica psicanalítica, nesse quadro crônico, encontra-se em investigar como este revela o aprisionamento da criança à subjetividade da mãe, enfatizando a importância da questão paterna. O diagnóstico situacional evidencia questões da psicossomática e histeria. Fundamental a assistência da equipe multidisciplinar ao paciente, bem como o desenvolvimento de programas em educação continuada, com ênfase nas questões psíquicas acerca da constipação intestinal funcional, tanto na graduação quanto na residência médica.

Palavras-chave: Constipação intestinal. Psicanálise. Sintoma. Criança.

Abstract

The intestinal constipation, frequent in childhood, reflects psychical issues beyond physical ones in its determination. The objective of this present article is to discuss about the chronic functional intestinal constipation symptom and its psychic solution in a seven year old child, taking the psychoanalysis as reference. Research with a qualitative analysis in the Department of Pediatric Gastroenterology and Hepatology at HUPES-CPPHO (UFBA). The psychoanalytical clinic's

¹ Doutoranda e Mestre em pelo Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Graduada em Psicologia pela UFBA. Contato: reis-motta@uol.com.br

² Doutora e Mestre em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Especialista em Hepatologia Pediátrica pelo Centre Hospitalar de Bicêtre da Universidade Paris Sul, CHB-UPS, França, Especialista em Residência Médica pela UFBA e Graduada em Medicina pela UFBA. Contato: lupe.ssa@uol.com.br

³ Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Residência Médica Psiquiatria pela UFBA. É Psiquiatra, Psicanalista e Supervisor Clínico. Contato: heliodecastropsicanalise@gmail.com

⁴ Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mestre em Odontologia pela UFBA e Graduado em Odontologia pela UFBA. Contato: ed_ferraz@yahoo.com.br

Revista Cenas Educacionais, Caetité – Bahia - Brasil, v. 1, n. 1, p. 222-241, jan./jun. 2018.



relevance, in this chronic patient's condition, is to investigate how it reveals the child's imprisonment to mother's subjectivity, calling attention to father's matter. Situational diagnosis calls attention to issues on psychosomatics and hysteria. Multidisciplinary team's assistance is crucial to the patient as well as the development of continued education focusing on psychic issues related to functional intestinal constipation in both under-graduation and medical residence.

Keywords: Intestinal Constipation. Psychoanalysis. Symptom. Child.

Introdução

O atual estudo foi sustentado pelo trabalho de equipe multidisciplinar – constituída por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, psiquiatras e psicólogos –, assim como pela supervisão clínica e análise pessoal da psicanalista pesquisadora. Os pacientes do presente estudo foram encaminhados para psicoterapia breve quando o tratamento médico tradicional não gerava resultados de cura do sintoma. Na maioria das vezes, as crianças haviam sido submetidas a diversas intervenções medicamentosas, manipulações terapêuticas e dietéticas e, por vezes, até condutas extremas como internamento hospitalar. Observou-se que mais de 70% dos pacientes e famílias apresentaram: fezes endurecidas, traços de rejeição e superproteção maternas, crise no casal ou ex-casal parental, pais que lidam com as fezes como algo sujo e feio, criança com ansiedade, relação de controle mãe e filho, exercício da função paterna frágil, dificuldades na expressão da agressividade na criança e na família e ambiente familiar agressivo. No que se refere à queixa principal em comum dos pacientes, houve remissão do sintoma da constipação intestinal funcional em nove casos submetidos a tratamento combinado médico e psicoterápico (quando necessário, nutricional, fisioterápico e/ou psiquiátrico) (MOTTA; SILVA, 2015).

Integra-se, no presente estudo, o conceito de foco, proposta por Fiorini (1986 [1978]), como recurso para aplicar a psicanálise no contexto hospitalar e trabalhar, em conjunto com a equipe médica, num tempo determinado, em direção à cura do paciente. Nascida da preocupação de alguns psicanalistas em encurtar o sofrimento de seus pacientes e de ampliar o tratamento para uma maior parte da população, a psicoterapia dinâmica breve conquistou espaço (OLIVEIRA, 1999). Freud (1976a[1918]) já expressava inquietações referentes ao que ele denominou de “miséria neurótica”. Ele defendeu a ampliação e o alcance das “atividades terapêuticas” para uma considerável massa da



população que sofre de “neuroses extremamente graves” (FREUD, 1976a[1918], p. 209-210).

Foco é um conceito chave na estratégia da psicoterapia dinâmica breve. Trata-se do motivo que levou o paciente a buscar a consulta (“sintomas mais perturbadores, situação de crise, [...] fracassos”). Qual o ponto central que incomoda o paciente? O que realmente ele deseja? Trabalhar sobre o foco fortalece a relação paciente-terapeuta, além de fornecer uma base para estimular os objetivos terapêuticos (FIORINI, 1986[1978], p. 90-91). Com isto, Fiorini (1986 [1978]) parece propor uma direção do tratamento nas entrevistas a partir da escuta do discurso do paciente, ao que ele chamou de “[...] combinar com flexibilidade os dois estilos de associação, livre e guiada” (FIORINI, 1986[1978], p. 91).

O foco possui, então, uma estrutura constituída por: “motivo da consulta” ligado ao conflito pivô; situação grupal específica; as defesas e dinâmica interna do paciente mobilizadas pela situação; “aspectos histórico-genéticos individuais e grupais reativados”; “momento evolutivo individual e grupal” e determinantes do contexto socioeconômico-cultural (FIORINI, 1986[1978]), p. 91-94).

Apesar de o processo girar em torno da situação focada, esta pode modificar-se (no sentido de enriquecimento) na medida em que a psicoterapia avança. No caso de psicoterapias mais prolongadas, uma sucessão de focos pode desenrolar-se em diferentes etapas da dinâmica. Na ação terapêutica que se exerce sobre essa estrutura, ao longo do tratamento, as relações entre influências que geram modificações não são lineares e requerem reajustes progressivos. A prática terapêutica nas instituições, por exemplo, toma essa direção, uma vez que existe uma pluralidade de recursos técnicos e diversas vias de acesso que compõem a situação (FIORINI, 1986[1978]).

O modelo de foco propõe:

[...] uma concepção a partir da qual as condições de realidade (micro e macrossocial) e os dinamismos próprios do mundo interno pessoal e endogrupal sejam abordados em sua integração interpretante e em seus movimentos de estruturação-variação-reestruturação constantes. (FIORINI, 1986[1978]), p. 103).

A psicoterapia breve construiu seu alicerce sobre um tripé: foco, estratégias e objetivos (OLIVEIRA, 1999).

De acordo com os princípios da psicanálise, as entrevistas preliminares podem funcionar como uma psicoterapia breve. Elas tratam, num primeiro momento, de acolher o paciente e sua família que chegam queixosos e, na maioria das vezes, desavisados sobre



a sua participação no mal-estar que os aflige. Num segundo momento, deve-se auxiliá-los a implicar-se no processo de adoecimento e cura. No atendimento às famílias, é fundamental trazer à tona a responsabilidade de cada membro na construção do sintoma da criança e descobrir qual a função do adoecimento na dinâmica inconsciente da família.

O presente artigo tem como objetivo discorrer sobre o sintoma da constipação intestinal funcional e sua solução psíquica em uma criança de sete anos de idade, tomando como referência a psicanálise. Considerações sobre as entrevistas, com função terapêutica, evolução, discussão e conclusões serão apresentadas. O caso em particular foi escolhido porque, na sua complexidade, trouxe à luz questões que permeiam a psicossomática e a histeria, que serão vistas na discussão.

A criança e o sintoma da constipação intestinal funcional sob a perspectiva da Psicanálise

O corpo da criança está para além de um aparato orgânico que exerce diversas funções, sejam elas alimentícias, excretoras, motoras ou operatórias. O mal-estar, quando não pode ser falado, toma, em muitos casos, expressões somáticas cujos sentidos precisam ser buscados, escutados pela psiquiatria e pediatria. Freud (1972 [1905]) revoluciona o conceito de corpo quando indica na criança um corpo atravessado pela pulsão e pelo desejo. Isto transcende as perspectivas desenvolvimentista e psicogenética porque promove a criança ao estatuto de sujeito constituído pelo desejo inconsciente (FERREIRA, 2006).

Incluir, nos estudos dos transtornos de excreção, uma leitura mais profunda em direção à conexão desse sintoma com a relação intersubjetiva da criança com seu corpo e com o outro merece uma atenção especial por parte daqueles que se interessam pela cura no seu sentido mais amplo, ou seja, ajudar o indivíduo a falar sobre o seu sofrimento psíquico, responsabilizar-se pela formação do seu sintoma. Nesse contexto, Ferreira destaca a seguinte frase de Silvia Bleichmar (1994 apud FERREIRA, 2006, p.12): “encarar o transtorno na função sem perder de vista o sujeito que a exerce”.

A renúncia ao prazer imediato de evacuar em qualquer lugar, a qualquer momento, não se reduz apenas à maturação esfinteriana ou ao treinamento comportamental ao vaso; trata-se de um processo de humanização e socialização em que estão envolvidas questões de uma ordem subjetiva: a troca com o seu semelhante dos produtos corporais e fantasias da criança. Essa dinâmica envolve operações como

Revista Cenas Educacionais, Caetité – Bahia - Brasil, v. 1, n. 1, p. 222-241, jan./jun. 2018.



recalcar a onipotência e apegos narcísicos em prol do respeito e amor ao outro (FREUD, 1972[1905]; FERREIRA, 2006; GRODDECK, 1988[1923]).

Sob a ótica da psicanálise, o sintoma é um substituto – que sinaliza a necessidade de tradução – dos conteúdos inconscientes latentes e particulares de cada indivíduo: uma via que permite ao sujeito acessar a sua verdade inconsciente. As crianças, em tenra infância, não demonstram pudor em evacuar nas roupas porque sua intenção está na experimentação e no prazer. Ao contrário, os adultos demandam a hora e o lugar onde a criança deve evacuar, muitas vezes associando as fezes a algo sujo e vergonhoso. Portanto, a constipação seria uma forma substituta de mediar os impulsos anais inconscientes da criança e os limites impostos pelos adultos inseridos em um contexto sociocultural específico. A encoprese⁵, assim como os rituais escatológicos em muitos neuróticos, encontra aí as suas raízes (FREUD, 1972[1905]).

Freud (1972[1905]) indicava que a retenção simboliza o controle possessivo entre mãe e filho, identificados imaginariamente. Retenção remete a controle, passividade, dor e masoquismo quando a agressividade retorna para o Ego. Os componentes instintivos inconscientes sadomasoquistas são característicos da fase anal. Lacan (2005[1962-1963]) afirmou que as fezes entram na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Esta dá duas ordens contrárias: retenha as fezes e solte-as! O pedaço que a criança tem medo de perder assume um determinado valor, especial, pois satisfaz esta demanda.

Para Groddeck (1988[1923]), todas as doenças são oriundas de desejos inconscientes, e, portanto, as doenças somáticas carregam consigo um sentido que precisa ser decifrado a fim de libertar o paciente do seu sofrimento. E isto apontaria para uma particularidade na formação do sintoma.

Atualmente, diversos autores indicam que a ansiedade da mãe pode conduzir à constipação na criança (LISBOA et al, 2008), e o perfil de uma mãe superexigente com uma personalidade obsessiva (FARNAM et al, 2009; MOTTA; SILVA; DE CASTRO, 2010) pode conduzir seu filho a desenvolver traços destrutivos (FARNAM et al, 2009).

Farias (2007), no seu estudo sobre doenças inflamatórias intestinais, observou como as mães apropriavam-se do corpo dos seus filhos, como se fossem objetos, impossibilitando o posicionamento subjetivo e a fala deles. A pesquisa demonstra como a psicanálise aborda o adoecimento crônico e possibilita que o sujeito inscreva seu mal-estar fora da esfera do adoecimento.

⁵ Encoprese: “Como consequência da retenção fecal, a constipação pode ser acompanhada de encoprese, que, em geral, traduz um esforço incapaz de reter completamente as fezes associado a fatores de ordem psicossomática: quando a evacuação ocorre em locais inapropriados como, por exemplo, nas calças e quando a criança ultrapassou a fase habitual de asseio (MOTTA, 2011, p.28).



Uma das relevâncias da psicanálise na pesquisa multidisciplinar está na vinculação entre a pesquisa, que nasce da experiência clínica, e a possibilidade de transmitir esse saber para a comunidade científica e leiga. Freud (1976a[1918]) escreveu sobre a importância da psicanálise para a formação médica e acadêmica. Enfatizou, ainda, a elucidação dos fatores psíquicos nas diversas funções vitais, nos processos de adoecimento e de cura (MOTTA, 2011). Lacan (2001[1964]) discutiu a possibilidade de o médico considerar o fenômeno da transferência no seu trabalho. O médico ocupa um lugar de saber no discurso tradicional, a partir de uma clínica do olhar e da escuta, porém, muitas vezes, a relação que o paciente tem com o processo de adoecimento e de cura fica de fora (MOTTA, 2013).

Em pesquisa de escopo multidisciplinar, Motta et al (2013) concluíram que, apesar da constipação funcional representar uma condição bastante comum em crianças e adolescentes e possuir uma prevalência importante nas consultas do pediatra geral e do gastroenterologista pediátrico, os residentes de pediatria entrevistados entendiam os fatores psíquicos mais como consequências do que como fatores desencadeantes do sintoma. A necessidade de informações relevantes e mais profundas é reconhecida pelos residentes. O referido estudo acrescenta que o desenvolvimento de programas em educação continuada com uma maior ênfase sobre a constipação funcional, tanto na graduação quanto na residência médica, torna-se fundamental desde quando o sintoma da constipação funcional envolve uma diversidade de questões multidisciplinares.

Método

Esta pesquisa foi realizada no Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de corte transversal com amostra de conveniência composta de 9 crianças e 1 adolescente entre 2 e 15 anos de idade, encaminhadas pelo ambulatório médico de referência, com diagnóstico de constipação intestinal funcional crônica.

As entrevistas e seus registros embasados na técnica de investigação psicanalítica foram utilizados para fins de diagnóstico e psicoterapia dinâmica breve do paciente. Nas entrevistas das crianças, foram utilizados instrumentos lúdicos. A pesquisadora explorou com profundidade as questões psíquicas envolvidas no sintoma a ser investigado.



Aos pacientes e responsáveis que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia (número do cadastro: 81/09). Esta pesquisa ofereceu aos participantes, constituintes de uma população carente, a possibilidade de acesso à psicoterapia breve com referência psicanalítica.

Apresentação do Caso Clínico

Será chamada de Maria uma menina de sete anos de idade, filha caçula de pais lavradores. Na escola está cursando a segunda série do ensino fundamental. Tem estatura baixa para a sua faixa etária e chega à primeira entrevista ansiosa, com os olhos arregalados e postura corporal curvada. Parece assustada e desconfiada.

Queixa-se de constipação intestinal e usa fraldas, devido ao escape fecal, desde os três anos de idade. Relata a mãe que Maria também tem enurese⁶ noturna, sono agitado e, por vezes, apresenta episódios de agressividade. Uma vez, quando impedida pelos pais de sair, pegou uma faca e ameaçou se matar.

O início da constipação de Maria ocorreu alguns meses antes da morte do avô materno – “o avô não conseguia ir ao banheiro uma semana antes de morrer”, diz a mãe. É possível que Maria tenha se identificado com o avô morto; um luto não elaborado. E que a mãe, por sua vez, também não tenha elaborado esse luto.

O discurso da equipe médica é que essa mãe aparece “enlouquecida” nas consultas e nos corredores, “ansiosa” por um diagnóstico e uma solução imediata; afirmam que a mãe “adoece a filha”. Os médicos pensam que se trata de um quadro psiquiátrico na mãe.

Durante quatro meses, foram realizadas 40 entrevistas: uma primeira com o pai e a mãe juntos, sete com a mãe, duas com o pai; 30 com a criança e uma com o pai e a mãe juntos.

Desde os três anos de idade, a criança vem sendo acompanhada por médicos em diferentes hospitais. A mãe relata que a filha havia sido operada duas vezes no ânus, o que entra em contradição com a fala dos médicos e os exames clínicos, que não diagnosticam sinal algum (corte, cicatriz) sugestivo de intervenções cirúrgicas. A cirurgia,

⁶ Enurese: Conceito médico que significa incontinência urinária. Freud (1905) sinaliza que, na infância, o aparelho urinário é o representante do aparelho sexual ainda imaturo; a maior parte dos casos de distúrbios da bexiga dessa etapa correspondem à distúrbios sexuais (FREUD, 1905). Entenda-se “sexual” no seu sentido mais amplo, ou seja, a forma como a criança lida com o corpo, as emoções, os pensamentos, os vínculos familiares e sociais.



inclusive, não está indicada para o caso de Maria, segundo a equipe médica. Na realidade, a mãe parece demandar uma solução cirúrgica. Faz-se necessária uma intervenção da analista que barre essa demanda da mãe e a ajude a pensar em outro caminho que não o corte no real do corpo da criança. Em outras palavras, ajudar essa mãe a falar e a acessar o simbólico que corresponde ao processo secundário⁷.

Chama atenção que essa criança nunca foi submetida ao treinamento ao vaso; “Maria nunca vai ao vaso”, diz a mãe. “Desde um ano e meio, tentava colocar Maria no penico, mas ela só defecava na fralda”.

Durante entrevistas, a mãe fala sobre a ameaça suicida da filha: “Quando alguma coisa não acontece da forma como ela quer, prende o cocô e diz que vai se matar [...]”. A analista pergunta à Maria porque tão jovem, pensa em morrer.

A analista investiga sobre a agressividade na família e a mãe diz que, algumas vezes, seu pai lhe batia quando ela namorava, na adolescência. E a mãe repete essa atitude com sua filha, quando a criança evacua na calcinha: Fala que se sente culpada e ansiosa; percebe-se controladora, exigente e cuidadosa em excesso com relação à filha (trocas de fraldas, alimentação e sono), além de ser agressiva verbal e fisicamente com ela. A mãe diz que seu relacionamento com Maria “é muito difícil por causa” das fezes. Refere-se às fezes da filha e as suas próprias como algo “feio, sujo e fedido”. O sintoma da constipação é uma forma da criança controlar a mãe uma vez que ela se encontra tomada pela condição da filha e todo o seu tempo é dedicado à Maria: “não posso trabalhar”, confessa a mãe aflita. Fezes, agressividade, controle, bebê e morte são significantes que circulam entre Maria e sua mãe. Em relação a esses significantes que emergem nas entrevistas, a analista pergunta-se: que fantasias estariam cercado essa criança?

Quanto ao pai de Maria, este compareceu apenas a duas entrevistas (uma no início e outra no final do tratamento). Criado pelos avós, franzino e de voz frágil, quando questionado sobre o que é difícil na sua relação com a filha, ele responde: “Quando ela

⁷ Processo Secundário: caracteriza o sistema pré-consciente-consciente e a energia psíquica é ligada às ideias de maneira controlada. Dessa maneira, experiências mentais possibilitam diversos caminhos de satisfação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). O princípio de realidade, ligado ao processo secundário, efetua uma postergação da satisfação e possui tarefa crucial no amadurecimento psico-afetivo da criança e do adolescente: aprender a barrar a descarga imediata para, mais adiante, aprender a pensar e a sublimar. Em oposição, o processo primário caracteriza o sistema inconsciente e há uma tendência à descarga direta da energia psíquica, por exemplo, o indivíduo age impulsivamente, sem pensar.



fica agitada, fico no sofá sentado, do lado dela, e pronto [...] Eu também participo da educação dela quando não tô na roça”. A função paterna parece enfraquecida.

A supervisão alerta para a implicação da criança no seu sintoma e lança uma questão: Se Maria quer crescer, então por que continua agindo como bebê que usa fraldas? A mãe, por sua vez, prolonga a condição de Maria enquanto bebê. Importa que Maria se conecte com o seu desejo de crescer; ela está completando oito anos de idade.

Inicialmente, a insistência da mãe em demandar uma solução cirúrgica fez enorme barulho no tratamento psicoterápico da criança. Desconfianças em relação à equipe multidisciplinar, incluindo a analista, permeavam as entrevistas. A mãe exige que a filha lhe conte tudo o que é falado na sessão, senão a criança é espancada. A analista legaliza a mãe falar das desconfiças em relação à psicoterapia e, ao mesmo tempo, põe-lhe um limite ao marcar que apenas manterá o tratamento de Maria sob a condição da mãe parar de bater na filha. A mãe concorda e comparece a algumas entrevistas individuais, marcadas pela analista que, então, começa a trabalhar com a mãe de Maria sobre a importância de submeter-se a um tratamento psicoterápico. A raiva “enlouquecedora” nessa mãe, que vem à tona quando encontra a equipe médica, parece mascarar a culpa e o desejo dessa mulher cuidar de si mesma. A relação de exigência entre a mãe e a filha descortina-se frente à analista.

A arte de brincar (desenhar, pintar e modelar) abre caminho para Maria falar do seu processo de alienação e separação da mãe. O *setting* terapêutico proporciona outra saída, que não a ameaça de se matar. Ao longo das entrevistas, encontra vias de expressão e sublimação, que a ajudam a falar do seu mal-estar.

Os primeiros desenhos, pinturas e produções em argila eram quase amorfos. Os traços sobrepostos e confusos, Maria desenhava o corpo como uma bola, de onde saíam os membros ou duas bolas que representavam a cabeça e o corpo, respectivamente, sem pescoço. As produções em argila apareciam como massas pesadas e sobrepostas.

No decorrer das entrevistas, Maria começa a desenhar diversas casas. Desenha uma casa vazia que pode ser comparada, metaforicamente, com a expressão inconsciente do seu próprio corpo, que se desenvolve precocemente. Uma tentativa dessa criança ancorar-se no seu corpo que cresce. Esta criança parece estar abandonada subjetivamente. Cheia de angústia, agarrou-se aos seus “bens mais preciosos”: as fezes.



Através do desenho, expressa tanto o desejo de esvaziar-se quanto o sentimento de abandono pela mãe superprotetora (MOTTA; SILVA, 2015, p. 26).

Depois, no decorrer do processo, Maria começa a se implicar na construção do seu sintoma, quando assume que deseja usar fraldas como um bebê, porém escolhe crescer. Quer usar calcinha como as outras meninas da sua idade. Nesse momento das entrevistas, ela revela que a mãe ainda insiste em colocar-lhe fralda durante o dia, ainda que o escape fecal tenha reduzido consideravelmente. Parece que ela deseja manter a filha no lugar do bebê (falo imaginário) que tamponará imaginariamente o acesso às próprias faltas e, conseqüentemente, deparar-se com a angústia de castração. Ambivalente, a mãe diz não suportar mais a situação, estendida por tantos anos, de atender aos cuidados de higiene da filha, como se ela fosse ainda um bebê.

Em relação à mãe, Maria oscila entre a raiva e a tristeza. Nega as agressões da mãe: “ela me batia até quando eu tinha seis anos; agora não bate mais”. Na mesma sessão desloca a raiva e a rejeição por parte da mãe para um colega na escola: “ele me pirraça porque faço cocô nas calças”. Estaria aqui recalcada a afeição que poderia sentir por esse garoto, um possível deslocamento do pai.

Na sessão seguinte, desenha um campo de futebol com jogadores que possuem apenas cabeça e pescoço. A analista pontua que eles não têm corpo, ao que Maria responde: “porque senão fica difícil [...]”. E começa a falar de um sonho: “Sonhei que eu jogava futebol e quebrava a perna e o pescoço. Caía assim [...] de cabeça”. A analista interpreta: “Se quebra o pescoço, não pode ligar o pensamento ao coração e à ação. E se quebra a perna, não pode caminhar. O que é difícil para você com o seu corpo?” Ao que responde: “É pesado [...] e também [...] o cocô”. A analista pergunta: “Se é pesado, então por que prende o cocô? O que mais pesa? Para onde quer caminhar?”

Após alguns meses, Maria diz para a analista que está melhor, ao que a mãe retruca: “Não, ela está mentindo”. A criança expressa nessa sintaxe o seu desejo de cura. E diante da fala da mãe, Maria diz que está com vergonha, o que denota uma defesa diante do seu desejo.

Maria encontra-se dividida entre o desejo de separar-se da mãe e o desejo de manter-se na posição de alienação. Algo precisa cair. Parir-se, deixar cair o bebê imaginário, o falo que representa para a sua mãe e, conseqüentemente, lidar com essa falta.

No outro dia, a criança chega queixando-se de ter passado mal na escola: “as pernas tremendo, a cabeça doendo e a barriga parecendo que tava furando [...]”



Durante as últimas entrevistas, Maria fala novamente da saudade que sente do pai, que está na zona rural, e expressa seu apaixonamento edípico. Diz que fez um novo amigo na escola. A analista interpreta o desejo de Maria de mudar e deixar de ser o bebê da mãe para aproximar-se do pai e crescer.

Nas entrevistas finais, Maria começa a desenhar pessoas de corpo inteiro. Primeiro, desenha a mãe com quatro braços e com uma barriga parecendo uma bola com vários cruzamentos; ela fala, por meio desse desenho, tanto sobre a identificação com a mãe, quanto sobre o desejo de separar-se dela. Quando termina a sessão, Maria chama a mãe e fala: “essa coisa cruzada na barriga é sua, não é minha”.

Por fim, a criança expressa, por meio de uma pintura, o desejo de dar um passo em direção ao pai: “Papai tocando sanfona na floresta”. Subjacente ao que se revela, pode-se ler a tristeza, diante da perda da mãe, velada na predominância da cor preta (MOTTA; SILVA, 2015, p. 27).

Discussão

Constatamos, a partir das falas dos sujeitos no caso apresentado, que a sobredeterminação das causas da constipação intestinal funcional é determinante do sintoma em estudo. O sintoma histórico, por exemplo, requer a participação de fatores psíquicos e somáticos. Ele só pode ocorrer com a presença do que Freud (1972[1901]) denominou de complacência somática, que se dá através de “algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado”. O fator orgânico, do qual parte a complacência somática, possibilita a expressão dos conteúdos inconscientes suprimidos que lhe dão sentido (FREUD, 1972[1901], p. 38).

A experiência clínica comprova que outros fatores estão em jogo: fatores psíquicos e corporais, genéticos e socioambientais, como morte e mudança de casa (FARNAM et al, 2009; VAN DEN BERG; BENNINGA; DI LORENZO, 2006), incluindo teimosia em geral da criança e teimosia relacionada ao treino ao vaso (BURKET et al, 2006). Acrescentado a esses aspectos, agressão e hostilidade no meio familiar têm sido descritas como fatores emocionais associados à constipação funcional (LISBOA et al, 2008). Crianças com enurese noturna, constipação e escape fecal e aquelas com tendência a produzirem largos bolos fecais, encontram-se em risco crescente de desenvolverem problemas comportamentais (VAN DIJK et al, 2010). O caso de Maria apresenta os



aspectos anteriormente citados associados à constipação e escape fecal: teimosia relacionada ao treino ao vaso, relacionamento agressivo e hostil entre a mãe e a filha, eventos estressantes na família como a morte do avô e separação da irmã.

Mais que ser um corpo, ou habitá-lo, o corpo habita no sujeito e seu uso vai além da necessidade. As chamadas doenças funcionais podem surgir em momentos específicos da vida, sem causa aparente e desaparecem de forma espontânea sem deixar vestígios. Em outras situações tornam-se crônicas, por vezes na tentativa de debelá-las por tratamentos cirúrgicos ou medicamentosos. Dessa forma, podem ocorrer sobreposições de fatores diversos na sua manutenção, mas enfatiza-se o gozo da repetição que leva cada vez mais à certeza corpórea e às soluções rápidas, em detrimento da leitura do que se escreve num corpo em relações intrafamiliares, como o caso clínico apresentado neste artigo. Uma questão permeia a discussão do presente caso: o sintoma da constipação, construído por Maria, aponta para a histeria, para a psicossomática ou para ambos?

Para a psicanálise, o sintoma na criança revela o aprisionamento desta à subjetividade da mãe ou indica o que há de sintomático no casal parental chamando também a atenção para a questão paterna (LACAN, 2003[1969]). O sintoma, mais que uma doença, trata-se de um modo de responder. Aproxima-se então a fórmula lacaniana daquela de Freud acerca do conceito de pulsão, uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua ligação ao corporal.

O anseio em perpetuar a relação com a mãe se expressa através de sintomas associados a disfunções corporais (alergias, insônia, encoprese e enurese, tendências anoréxicas ou bulímicas). O traumático está fora da ligação, do princípio do prazer, da representação, do recalque e da fantasia. Isto é o que move a compulsão repetitiva, o gozo. “Na demanda de amor subjaz uma raiva mal simbolizada, sufocada, contra o vínculo libidinal arcaico que, às vezes, a mãe interpreta como uma solicitação onipotente. São conflitos típicos de crianças com padecimentos psicossomáticos” (LEMOS, 2005, p.84).

Para Lacan (1975), o fenômeno psicossomático é um hieróglifo inscrito no real do corpo, enigma ao qual o sujeito não faz relação entre o fenômeno que acontece em seu corpo e sua vida e, portanto, não está no discurso do sujeito. Essa escrita ilegível e obscura que precisa ser endereçada ao analista, pois o sujeito fica congelado em apenas um significante, por conseguinte, impossibilitado de acessar sentidos na cadeia da linguagem.

O sintoma neurótico revela-se no discurso do sujeito por meio de lapsos, sonhos, chistes. Na análise da criança, também por meio de desenhos, pinturas e brincadeiras. A pulsão, atravessada pela linguagem, é um conceito entre o psíquico e o somático. Alguns defendem a



liberação dos afetos, de sentimentos reprimidos, treinamentos e bom senso na condução do tratamento. Para a psicanálise, eticamente falando, as ideias são recalçadas (FREUD, 1976b [1925]). Por isso há que escutar o discurso de cada um dos familiares envolvidos no sintoma.

Por que tais fenômenos focalizam-se em intestinos e fezes? Por vezes, antes do entendimento do enigma, o sujeito encontra sua solução. Noutras, o sintoma tem tal aderência ao corpo que se torna difícil ajudar ao sujeito implicar-se, responsabilizar-se por sua fala e efeitos sobre seu corpo. Esta é a tarefa da psicanálise, em que um analista forjado em sua própria análise pessoal ajuda o outro a colocar-se como sujeito da demanda, fazendo-se parte de seu discurso.

De embaraço no discurso familiar ao órgão que parece ter vida autônoma e funciona destacado do sujeito, o sintoma é, então, entre o corpo e esse organismo maior, a família. Lacan (2005[1962-1963]) se debruça sobre a questão da angústia e aprofunda a dinâmica dos conceitos freudianos: inibição, sintoma e angústia, quando acrescenta os termos: impedimento, embaraço, emoção, efusão, passagem ao ato e *acting out*⁸. Quando um paciente chega desorientado e inquieto, é porque inibiu-se por um longo tempo. A inibição trava o corpo e a armadilha de que se trata é a armadilha narcísica, enquanto que o embaraço remete à vergonha e encontra-se mais perto da angústia. A angústia, por ser ela própria um afeto, não engana. (LACAN, 2005[1962-1963], p. 88-89). Não se pode interpretar psicanaliticamente o afeto, uma vez que ele não é recalçado. O que o analista interpreta é o recalçado, ou seja, os significantes que amarram o afeto.

A constipação foi construída como uma maneira de Maria evitar lidar com a angústia de castração e os impulsos inconscientes infantis próprios do complexo de Édipo, dentre eles, o desejo incestuoso da menina pelo pai e a ambivalência em relação aos pais. Maria manifesta a sua angústia e não pensa quando ameaça se matar. Ao mesmo tempo, quando age como um bebê, impede-se de crescer.

No primeiro tempo, o da demanda, a criança é o falo que falta à mãe; a instância paterna encontra-se velada. No segundo tempo, o pai real (suporte da lei e presença privadora) é o agente da castração: proíbe a mãe de gozar do corpo da criança e vice-versa. O pai real, mediado pela mãe, interdita a relação incestuosa retirando a criança do lugar de falo imaginário da mãe.

⁸ *Acting Out*: quando a pessoa age sem saber que aquela ação é o retorno de uma lembrança recalçada que ela não consegue acessar (KAUFMANN, 1996). Freud (1969 [1914]) em “Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)” e Lacan (1963) no Seminário da Angústia, associam essa atuação à transferência por meio da qual o paciente atualiza inconscientemente, na relação com o analista, conteúdos infantis reprimidos (KAUFMANN, 1996). O “*acting out* expressão que sublinha o jogo teatral” [...] pode constituir, na análise, “um apelo, um desafio, uma réplica, que atestam uma incapacidade do dizer, [...] Representa pois uma verdade não reconhecida e se situa na fronteira entre a vida real e a cena da ficção” (KAUFMANN, 1996, p.4).



No terceiro tempo, no declínio do complexo de Édipo, o pai revela-se como aquele que possui o falo e a criança, por sua vez, identificar-se-á com as insígnias do pai. É no nível do pai que se forma o “supereu”, instância reguladora das satisfações pulsionais (LACAN, 1999[1957-1958]).

O falo é um significante que representa a falta; ele entra na dialética dos três tempos do complexo de Édipo: ser ou não ser falo, tê-lo ou não tê-lo. Contudo, para que o sujeito apreenda o falo enquanto significante, é preciso que passe da demanda para o desejo, referente ao desejo do Pai (LACAN, 1999[1957-1958]).

O complexo de castração representa, para a menina, a entrada no complexo de Édipo. Ao perceber-se castrada, assim como a mãe, a menina pode seguir três caminhos: regredir para ser, imaginariamente, o falo da mãe; identificar-se com o pai dando origem ao complexo de masculinidade; ou deslocando o desejo de possuir um pênis para o desejo de ter um filho do pai. Mais tarde, este irá se deslocar para o desejo de ter um filho de outro homem que não o pai (FREUD, 1974[1931]).

Na psicoterapia com crianças, por vezes, valoriza-se o apego materno, o controle, a impaciência ou a não permissão que o pai da criança atue com esta. Por vezes é o próprio pai, alheio e desinteressado ou com ciúmes da relação da criança com sua mulher. Há situações em que a criança é posta entre os pais como objeto de disputa, fator de impedimento para o casal encontrar-se, canal de discórdia ou como único motivo para sua união. Uma criança que chega a um casal pode ser motivo de aliança ou ser usada como barulho na comunicação entre eles. Um filho, por vezes, mexe em situações não resolvidas de pais enquanto indivíduos, como ciúme e inveja, contaminando a comunicação de uma dupla agora imersa numa situação triangular.

Os traços de caráter, para Freud (1976[1908]), constituem-se a partir dos destinos que as pulsões sofrem em diferentes períodos da vida de cada indivíduo. Uma parcela das pulsões é utilizada na vida sexual propriamente dita, outra parte é recalcada e mais uma parte pode ser desviada dos fins sexuais e dirigida para outros fins como as artes e a ciência – mecanismo denominado de sublimação.

A reversão do sadismo em masoquismo, do amor em ódio e o retorno da agressividade contra seu próprio eu parecem ser mecanismos inconscientes dos quais Maria lança mão na tentativa de lidar com seus conflitos que emergem. Fixa-se na fase anal e dirige boa parte da sua agressividade contra seu corpo; o sintoma da constipação e as ameaças de suicídio revelam esses mecanismos inconscientes.

Freud (1976[1908]) escreveu sobre três traços de caráter que alguns dos seus pacientes adultos apresentavam: ordem, parcimônia e obstinação. Quando crianças, esses pacientes apresentaram, na primeira infância, incontinência fecal decorrente de



constipação e recusa a serem colocados no penico; na segunda infância também sofreram distúrbios na evacuação. Afirmou ainda que “A parcimônia pode aparecer de forma exagerada como avareza, e a obstinação pode transformar-se em rebeldia, à qual pode facilmente associar-se à cólera e aos ímpetos vingativos” (FREUD, 1976[1908], p.175). Na psicanálise, chama atenção as fantasias suicidas em crianças e como elas podem significar uma forma de vingança contra os pais e/ou de testar o amor deles (LACAN, 2005[1962-1963]). Maria apresenta o traço de obstinação revertida em rebeldia, quando em situações de frustração, a ponto de ameaçar contra sua própria vida. Essa atuação está claramente dirigida aos pais, em particular à mãe.

A criança em estudo encontra outra saída que não a morte: desenha para falar das dores, da raiva e dos desejos inconscientes. Para Dolto (2010), o brincar auxilia a criança a se expressar quando ela não consegue dizer o que sente, pensa e fantasia. Além disso, o desenho e a modelagem permitem que as crianças expressem, inconscientemente, a imagem do seu corpo próprio e do corpo do outro (DOLTO, 2010), instrumentos valiosos na dinâmica da psicanálise com crianças. À medida que os desenhos progrediam, o personagem começava a ter braços partindo dos ombros e mãos, enquanto antes tinha um braço umbilical (DOLTO, 2010). Maria esboça mudanças nesse sentido: nas últimas entrevistas seus desenhos se tornam mais definidos, marcam a sua separação da mãe e apontam o seu desejo para o pai. Motta (2013) apresentou outro caso de uma criança também atendida no mesmo programa de pesquisa, em que a modelagem e a pintura foram instrumentos fundamentais para a criança dar-se conta do que seu sintoma queria dizer: descolar-se da mãe e sair de uma posição subjetiva passiva para uma ativa.

Freud (1976b[1925]) constatou que existem perigos específicos que levam o indivíduo a situações traumáticas: o nascimento, a perda da mãe como objeto, a perda do amor dos pais, a ameaça de castração. Nesse contexto, a ansiedade vem a ser um sinal do ego de que um perigo, causador de desprazer para as instâncias superiores (ego e superego), estaria por vir à tona. Uma perda ou separação pode provocar, segundo Freud (1976b[1925]), uma sucessão de desejos inconscientes insatisfeitos, levando o indivíduo a uma situação de desamparo. A angústia de Maria esconde o desejo inconsciente de deixar-se cair, nascer, como se refere Lacan (1995[1956-1957], p.106). Quando Maria passa mal na escola – “pernas tremendo, a cabeça doendo e a barriga parecendo furar[...]” –, parece começar a desprender-se da condição de ser o sintoma da mãe. Com a evolução do tratamento, faz uma conversão histérica que vela uma fantasia de parto de si mesma.

Freud (1972[1905]) atestou que os conteúdos intestinais representam para a criança, além



de um precioso presente, um bebê, que, de acordo com suas teorias sexuais infantis, é conseguido pelo ato de comer alguma coisa e nasce pelo intestino como na evacuação. Essas teorias criadas pelas crianças remetem ao reino animal, à cloaca pertencente aos animais inferiores aos mamíferos. A criança de baixa idade constrói a equação simbólica: fezes = presente = bebê e, mais tarde, = falo, poder e dinheiro (FREUD, 1972 [1905]). Maria percorre o caminho de sair da posição de falo imaginário da mãe e busca o Nome do Pai que lhe permite reposicionar-se frente ao seu sintoma e à vida. Resignifica, assim, seu lugar subjetivo na família.

Retomando a questão, o sintoma da constipação intestinal funcional, em Maria, aponta para a histeria, para a psicossomática ou para ambos? A princípio, Maria parecia congelada no significante mãe. No decorrer da psicoterapia, outra cena desvelou-se no ato de brincar: “o pai tocando sanfona na floresta”. Logo, outros sentidos surgiram no discurso dessa criança.

A psicoterapia de Maria chega ao fim. A mãe precisa retornar ao trabalho para ajudar o marido na lavoura, assim como a criança deseja retomar a sua vida junto ao pai, à comunidade e aos colegas da sua escola de origem.

O caso apresentado neste estudo demandou um trabalho multidisciplinar, iniciado pela figura de um médico e, a seguir, num processo de psicoterapia breve com referencial psicanalítico, uma elaboração simbólica daquilo que, em um organismo, envolve o outro no sintoma. Nesse sentido, o simbólico demandou elaboração para que a criança vencesse uma etapa do desenvolvimento. Uma psicanálise, neste caso, funcionou numa terapêutica rápida em relação à solução do sintoma. Confirmando o que Freud nos ensina: um sintoma qualquer, mesmo corporal, é multideterminado. Importante, então, o diálogo entre partes em conflito em que o mundo interno e o externo, em última instância, são um organismo.

Considerações finais

A psicanálise busca ler os enigmas do sintoma. Quando a criança elabora a posição subjetiva de ser o sintoma da mãe ou do casal parental, é exatamente nesse momento que se pode iniciar a análise. Ou seja, a criança pode começar a formular a sua demanda de análise e construir suas próprias ficções, mais independente do desejo inconsciente dos pais.

Em geral, há a tentação de opor histeria e psicossomática, no que o sintoma histérico põe em evidência a relação do Outro do desejo, do significante, e o psicossomático ao Outro enquanto corpo. No presente artigo, houve preferência de colocá-los em relação e retomar a distinção entre corpo e organismo, em que Lacan distingue os limites de um organismo, que vai



além dos limites do corpo. Topologia curiosa, pois nossa tendência natural é ver o corpo de forma total, uma exterioridade e considerar o organismo como seu interior. Para Lacan, ao contrário, o organismo é específico dos seres falantes e vai além dos limites do corpo, pois introduz como órgão a própria libido. Um corpo, mais um órgão não corpóreo, a libido.

O paradoxo dos efeitos chamados de psicossomáticos consiste precisamente nisto, em não ser a libido um órgão incorpóreo, como nos “normais” ou na histeria, mas que se torna corporificada. O perigo é querer considerar deste modo qualquer adoecimento. A questão mais trabalhosa seria situar o que vai do imaginário ao real. Freud diz que a complacência somática fornece uma saída corporal aos processos psíquicos. Quando Lacan acrescenta que não se pode distinguir a fonte do objeto, tem-se a indicação central de um curto-circuito na organização pulsional.

Após nove meses de tratamento, Maria não apresenta mais a queixa que a trouxe para a análise: o sintoma da constipação intestinal funcional crônica. Deixa de usar fraldas, pois não tem mais escape fecal nem enurese noturna. A qualidade do sono muda, torna-se mais tranquila. Além da cura do sintoma, que sentido teve a análise? A Maria foi possível a escolha de não sucumbir ao embrutecimento, sair do assujeitamento à lei materna e acessar as vias do simbólico.

Utilizou-se a psicoterapia dinâmica breve de referência psicanalítica e tomou-se o conceito de foco, introduzido por Fiorini (1986[1978]), com o objetivo de reduzir o tempo do tratamento realizado em ambiente hospitalar. Dessa forma, o sucesso do caso demonstra a contribuição da psicanálise no processo de cura num curto espaço de tempo.

REFERÊNCIAS

BURKET, R. C. et al. Does “stubbornness” have a role in pediatric constipation? **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, Evanston, v.27, n.2, p.106-111, apr. 2006.

DOLTO, F. Conversa com Françoise Dolto. In: Jorge, M. A. C. (Org.). **Elisabeth Roudinesco, Em Defesa da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. P. 98-125.

FARIAS, C. N. F. **Leitura Psicanalítica do Sintoma em Pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais**. São Paulo: USP, 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FARNAM, A. et al. Functional constipation in children: does maternal personality matter? **Italian Journal of Pediatrics**, n. 35, v. 1, p.1-4, aug. 2009.

Revista Cenas Educacionais, Caetité – Bahia - Brasil, v. 1, n. 1, p. 222-241, jan./jun. 2018.



- FERREIRA, M. P. **Transtornos da Excreção: enurese e encoprese**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FIORINI, H. J. (1978). **Estruturas e abordagens em psicoterapias**. Tradução por: Carlos Sussekind. 2. Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.
- FREUD, S. (1905[1901]). Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. v. 7 In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 1-109.
- _____. (1905). Três Ensaio sobre a Sexualidade. v. 7 In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 123-133.
- _____. (1908). Caráter e erotismo anal. v. 9. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 173-175.
- _____. (1915[1914]). Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise.v.12. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p.191-193.
- _____. (1919[1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. v. 17. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. p. 199-201.
- _____. (1919a [1918]). Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades. v. 17. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. p. 215-217.
- _____. (1926[1925]). Inibições, Sintomas e Ansiedade. v. 20. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p.95-201.
- _____. (1931). Sexualidade Feminina. v. 21. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 257-259.
- GRODDECK, G. (1923). **O Livro disso**. 2. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- KAUFMANN, P. (Ed.). **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- LACAN, J. (1956-1957). **O seminário: Livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- _____. (1957-1958). **O Seminário: Livro 5: As formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- _____. (1975). **Conferência em Genebra sobre o sintoma**. Salvador: Campo Psicanalítico, [20--]. Disponível em :<<http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.



_____. (1964). O lugar da psicanálise na medicina. **Opção lacaniana**, v. 32, p. 8-14, dez. 2001.

_____. (1969). **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

_____. (1962-1963). **O Seminário: Livro 10: A Angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEMOS, I. Bulimia e anorexia: patologias da falta e do excesso. **Mental**, Barbacena, v.3, n. 5, p. 81-89, nov. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 abr. 2018.

LISBOA, V. C. A. et al. Aggressiveness and Hostility in the Family Environment and Chronic Constipation in Children. **Digestive Diseases and Sciences**, v.53, n.9, p.2458-2463, sept. 2008.

MOTTA, C. R.; SILVA, L. R.; De Castro, H. A Psicanálise da Criança – Um Estudo de Caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.9, n.1, 89-94, 2010. (Suplemento).

MOTTA, C. R. **O que sabem os Residentes de Pediatria, de Salvador-Bahia, sobre a relação entre a constipação intestinal funcional crônica com ênfase nos aspectos psíquicos?** Salvador: UFBA, 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

_____. Da terapêutica médica à psicanálise. **Topos - Série de Psicanálise**, cidade? v.13, n.13, p. 439-445, 2013.

MOTTA, C. R. et al. What do pediatrics Residents know about the psychological factors in constipation? **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n.1, p. 38-52, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 abr. 2018.

MOTTA, C. R.; SILVA, L. R. O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.14, n.3, p.360-371, set./dez. 2015.

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.1, n.2, p.9-19, 1999.

VAN DEN BERG, M. M.; BENNINGA, M. A.; DI LORENZO, C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. **The American Journal of Gastroenterology**, New York, v.101, n.10, p. 2401-2409, oct. 2006.

Revista Cenas Educacionais, Caetité – Bahia - Brasil, v. 1, n. 1, p. 222-241, jan./jun. 2018.



VAN DIJK, M. et al. Prevalence and Associated Clinical Characteristics of Behavior Problems in Constipated Children. *Pediatrics*, Itasca, v.125, n.2, p.309-317, jan. 2010.

Recebido em: 20 de março de 2018
Aprovado em: 10 de junho de junho de 2018

SOBRE OS AUTORES

Claudia dos Reis Motta é uma Psicóloga e Psicanalista brasileira vinculada a SEDE Psicanálise da Bahia.

Luciana Rodrigues Silva é uma pesquisadora brasileira, Professora Titular de Pediatria da Universidade Federal da Bahia, onde chefia o Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas e atua como Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde e do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Hélio de Castro é um Psiquiatra, Psicanalista e Supervisor Clínico brasileiro. Fundador, Diretor da SEDE Psicanálise desde 1986 até o presente momento. A SEDE Psicanálise fica situada na Rua Dinah Silveira de Queirós, nº 513, Loteamento Quinta do Candeal, Salvador – Bahia.

Eduardo Gomes Ferraz é um pesquisador brasileiro integrante do grupo de pesquisa Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas (CEGHP) do Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira do Complexo HUPES (Hospital Universitário Professor Edgard Santos), onde desenvolve atividades de pesquisa em doença celíaca, obesidade, doença do refluxo gastroesofágica (DRGE), pacientes transplantados hepáticos e doença inflamatória intestinal, relacionadas ao estudo das alterações morfológicas e funcionais dentárias na esfera pediátrica.

APÊNDICE D

ARTIGO ORIGINAL

ISSN 1677-5090

© 2015 Revista de Ciências Médicas e Biológicas

O lúdico na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes com constipação intestinal funcional: um estudo prospectivo-qualitativo

The ludicity in the psychoanalytical clinic with children and adolescents with intestinal functional constipation: a prospective – qualitative study

Claudia dos Reis Motta¹, Luciana Rodrigues Silva²

¹ *Bacharel em Psicologia pela UFBA. Psicanalista pela Sede Psicanálise e Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde;* ² *Professora Titular de Pediatria, Chefe do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas, Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde e do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia.*

Resumo

Introdução: o lúdico, na psicanálise da criança, é uma via de acesso privilegiada do processo de simbolização e apropriação da experiência subjetiva. **Objetivo:** O objetivo do artigo é discutir sobre a importância do brincar na clínica psicanalítica com crianças portadoras de constipação intestinal funcional. Fragmentos de seis casos clínicos serão apresentados e discutidos. **Metodologia:** pesquisa qualitativa de corte transversal com amostra de conveniência composta de nove crianças e um adolescente entre dois e 15 anos de idade, encaminhados pelo ambulatório médico, com diagnóstico de constipação intestinal funcional crônica. Através da análise de estudos de casos, a analista pesquisadora explorou com profundidade as questões psicoafetivas envolvidas no sintoma investigado. As produções lúdicas foram registradas em fotos, analisadas e associadas aos discursos da criança e dos pais. **Resultados:** das dez famílias do presente estudo, apenas uma não aderiu ao tratamento psicoterápico. Houve remissão do sintoma da constipação intestinal funcional em nove casos. Acima de 70% dos pacientes e famílias apresentaram: fezes endurecidas, traços de rejeição e superproteção maternas, crise no casal ou ex-casal parental, pais que lidam com as fezes como algo sujo e feio, criança com ansiedade, relação de controle mãe e filho, exercício da função paterna frágil, dificuldades na expressão da agressividade pela criança e pela família, e ambiente familiar agressivo. **Conclusão:** o brincar com argila, massa e tinta torna-se fundamental para que a criança portadora de constipação funcional fale e elabore, em análise, as questões envolvidas na sua relação com as fezes e com a fixação na fase anal.

Palavras-Chaves: Criança. Psicanálise. Lúdico. Constipação Intestinal

Abstract

Introduction: the ludicity in the child's psychoanalysis is a privileged access way of the symbolization process and subjective experience appropriation. **Objective:** the objective of this article is to discuss the importance of the 'ludicity' in the psychoanalytical clinic with children diagnosed with chronic functional intestinal constipation. Fragments of six clinical cases will be presented and discussed. **Methodology:** this is a cross-sectional qualitative research with a convenience sample composed of 9 children and 1 adolescent between 2 and 15 years old, referred by medical ambulatory, with a diagnosis of chronic functional intestinal constipation. Throughout the study case analysis, the researcher analyst explored in depth the psychoaffective matters involved in the symptom investigated. Children's playful productions were photographed, analyzed and associated to children's and parents' speeches. **Results:** among the ten families of the present study, only one didn't adhere to psychotherapy. There was symptom remission in nine cases. Over 70% of patients and the families presented: tough stools; traits of mother's rejection and overprotection; crisis in parental or ex-parental couple; parents who deal with stools as something dirty and hideous; anxious child; mother-child controlling relationship; fragile exercise of father's function; difficulties in aggressiveness's expression in children and family and aggressive family atmosphere. **Conclusion:** playing with clay, dough and painting is crucial for children with functional intestinal constipation, so that they can talk about and work out, in analysis, matters involved in their relationship with stools and fixation to anal phase.

KeyWords: Children. Psychoanalysis. Playfulness. Constipation;

INTRODUÇÃO

Brincadeira de criança é coisa séria. É no ato de brincar que a criança expressa o seu mundo interno, ensaia fazer-se sujeito no mundo, ao mesmo tempo em que bus-

Correspondente/Corresponding: *Claudia dos Reis Motta. Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas/ Instituto de Ciências da Saúde -UFBA. End: Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, 4º andar, Sala 410, Vale do Canela, Salvador, Bahia, CEP: 40110-100. Tel: (71) 8813-3082.

ca recriar o mundo que a rodeia. Percebe-se essa dinâmica nos jogos, nas produções com massa, argila, bem como nos desenhos em que há uma permuta entre o *interno* e o *externo*, que se misturam. Na medida em que se fala de realidade psíquica, não há diferença entre o *interno* e o *externo*: o que está *fora*, no brincar, está *dentro* da criança. No papel, por exemplo, a criança coloca, primeiro, o seu desejo de ocupar um espaço, depois o traço ou a marca

que revelará seu inconsciente, e então, os limites que o traço, como metáfora da realidade, lhe impõe. Esse traço também revela a maneira que ela lida com esses limites.

"A antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real" (FREUD, 1969c, p. 149). A criança despende muita emoção nas suas brincadeiras e as leva muito a sério. Apesar de todo o investimento que ela coloca no seu "mundo de brinquedo, ela o distingue perfeitamente da realidade", e liga os seus objetos às coisas do mundo real (FREUD, 1969c, p. 149-50). É também em oposição ao que lhe rodeia, ou ao que se tornou traumático para ela, que a criança brinca. Além disso, pode, através do brincar, construir uma sintonia com o que deseja ser quando crescer, e *monta*, inconscientemente, o seu futuro enquanto brinca. Na vida adulta, o brincar é substituído pelo fantasiar (FREUD, 1969c).

Desde os primórdios da clínica psicanalítica com crianças, o brincar tem sido utilizado como uma via de acesso ao inconsciente. Ao comparar a criação poética com o brincar da criança, Freud (1969c) destaca a fantasia. No entanto, é mais fácil observar o brincar do que as fantasias das pessoas (FREUD, 1969c).

O lúdico, na sessão de análise da criança, é uma via de acesso privilegiada do processo de simbolização e de apropriação da experiência subjetiva. O aspecto latente é o que caracteriza o espaço da análise; o que está em jogo na esfera do inconsciente é *mise en jeu*, é transferido (ROUSSILLON, 2003; MOTTA; SILVA; de CASTRO, 2010). Contudo, se o jogo for resumido a ele próprio, a relação transferencial paciente-analista é desconsiderada. E apenas nessa relação, o analista consegue interferir e ajudar a criança a traduzir suas dificuldades e potencialidades. "O brincar auxilia no processo de simbolização da criança como um instrumento intermediador que doa a sua realidade à fantasia, possibilitando-lhe falar da sua realidade psíquica. Neste espaço, torna-se possível perceber a fase na qual a criança encontra-se fixada" (MOTTA; SILVA; CASTRO, p. 90, 2010). Dolto (2010) rabisca com maestria as modelagens realizadas pela criança, e isto a permitia pensar, associando as modelagens com os depoimentos (MOTTA; SILVA; CASTRO, 2010).

O lúdico, numa análise, também ajuda a criança a canalizar sua agressividade para outro alvo, que não o seu eu. Os instrumentos lúdicos próprios para a fase anal, utilizados nas sessões, são: a massa de modelar, argila e tinta. O brincar significa um facilitador para que a criança fale e resignifique a posição subjetiva em que se encontra: o sintoma revela a subjetividade da mãe, do pai ou do casal parental? A criança expressa, muitas vezes, seu lugar subjetivo, no desenho da família, e indica a força ou a fragilidade que as figuras parentais e os irmãos representam para ela, como demonstrado nas **figuras 1 e 4**.

No caso da criança que apresenta constipação intestinal funcional, que se encontra fixada na pulsão anal, também aparecem as fantasias sadomasoquistas. Elas podem se expressar nos traçados fortes e confusos (**Figura 3**) ou nas produções em argila, de característica

pesada (**Figuras 11, 14 e 15**). Porém, às vezes, os desenhos aparecem disfarçados, como no sonho, com traços muito finos, imagens bonitas e claras que escondem um fragmento importante do componente agressivo e/ou fóbico (**Figuras 2 e 4**). Nesse caso, o analista deve, como quando escuta um sonho do seu analisando, dar menos importância ao que está muito evidente, que em geral, mascara detalhes que importam ser lidos e interpretados no momento adequado.

Assim como o sintoma e o sonho, as produções lúdicas da criança são expressões do inconsciente, o retorno do recalado. Ao desenhar na sessão de análise, a criança deseja falar para reescrever a sua posição subjetiva e começar a escrever a sua história.

Freud (1969d) constatou que as crianças repetem, em suas brincadeiras, tudo aquilo que lhes causou uma grande impressão na vida real, sendo influenciadas pelo "desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem." Além disso, por uma experiência ser desagradável, isto não a torna inapropriada para que a criança faça dela um jogo, tornando-se, ela própria, *senhora da situação* (FREUD, 1969d, p. 28).

No entanto, esse fenômeno, em que a criança torna-se agente do desaparecimento da mãe, é secundário. Existe outro fenômeno, primário, no qual a criança vigia o ponto em que a mãe o abandonou: "A hiância introduzida pela ausência" da mãe; aqui, a *hiância* significa o *furo* psíquico (LACAN, 1988, p. 63). Dessa forma, o autor leu o trauma como sendo da ordem do *real*, ou seja, daquilo a que não se pode dar palavras. É na repetição do jogo e do discurso que se desenrola a função do *real*: aquilo que está "por trás da falta de representação; (...) o lugar do *real* que vai do trauma à fantasia" (LACAN, 1988, p. 61). Em outras palavras, para lidar com o furo, com o abandono, a criança brinca. Quando se tornar adulto, para lidar com a realidade que castra, priva e frustra, lançará mão da fantasia. "... o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio – a borda do berço – isto é, um fosso em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto" (LACAN, 1988, p. 61).

A repetição, portanto, cumpre um papel crucial na elaboração psíquica do trauma. Existem fixações que perduram, reenviam o sujeito ao trauma e retornam como sintoma. Daí a importância de falar, recordar, repetir e elaborar dentro do cenário analítico (KAUFMANN, 1996, p. 559). E a criança entra nesse processo através do brincar.

O brincar vem carregado de desejo, conflitos e angústia frente ao momento do desenvolvimento psíquico que a criança está atravessando. Quando a criança desenha, é preciso *escutar e ler* sua produção gráfica, como se escuta e se lê o inconsciente, uma vez que o desenho é uma das maneiras que a criança lança mão para expressar aquilo que, muitas vezes, encontra-se no nível inconsciente e que ela ainda não conseguiu simbolizar.

Para a psicanálise, o inconsciente estruturado como uma linguagem é uma *escritura*. O desenho contém

em seu traçado, traços de uma *escritura* primordial, ou seja, traços dos *códigos* que a mãe imprimiu no corpo da criança (BERNARDINO, 2003). Ao atribuir significados aos choros, às caras e bocas do bebê, a mãe dá origem às primeiras marcas mnêmicas no psiquismo do *infans* e inaugura o inconsciente.

Num segundo momento, a lei paterna se inscreve e a criança inicia o processo que culminará na escrita formal: inicia a “escrever” através do rabisco e, mais tarde, do desenho (BERNARDINO, 2003). O desenho, na experiência de uma psicanálise, atesta uma mudança de posição subjetiva da criança: do assujeitamento ao Outro materno para a apropriação do simbólico. Em outras palavras, na clínica psicanalítica com crianças, o desenho é tomado como escrita que faz “ato de separação” (CARVALHO, 2008, p. 78).

A produção gráfica indica, nos seus traços, tanto o processo de alienação quanto o de separação da criança na relação com a mãe. O desenho pode denunciar tanto a posição de *gozo* da criança em relação à mãe, quanto o seu desejo de que o pai se faça presente e barre esse *gozo*. Às vezes, a criança pode expressar no desenho a posição de ainda insistir na ilusão de ser *objeto* de desejo da mãe (CORGOSINHO, 2009).

Lacan (1999), ao discorrer sobre o segundo tempo do *complexo de Édipo*, indicou o pai real (*suporte da lei e presença privadora*) como o agente da castração. O pai real proíbe a mãe de *gozar* do corpo da criança e vice-versa; mediado pela mãe, *que é quem o instaura como lei*, o pai real interdita a relação incestuosa retirando a criança do lugar de *falo* imaginário (*objeto de desejo*) da mãe.

O fascínio que a imagem do desenho produz evoca a relação especular que aliena (relação entre o *infans* e a mãe na fase do *estádio do espelho*). A função do *estádio do espelho* estabelece uma relação específica do organismo com sua realidade. É nessa *dialética temporal*, entre a prematuridade e a antecipação da imagem, que se fabricam as fantasias de despedaçamento do corpo até uma forma de totalidade do corpo: uma identidade alienante (LACAN, 1998b, p. 97). Contudo, ao mesmo tempo em que o *estádio do espelho* tem uma função alienante e imaginária, é também a matriz simbólica que servirá como base para o processo de separação, ou seja, para o processo das identificações secundárias da criança com o pai. Em outras palavras, do *[eu] Ideal* ou *[eu] especular (narcísico e imaginário)* para o *Ideal do [eu]* ou *[eu] social (aquele que constrói laço social)*.

Assim como o *estádio do espelho*, a fase anal também remete a uma etapa de elaboração de separação da mãe: uma passagem do narcisismo ao amor pelo outro. No caso do sintoma da constipação intestinal funcional, a criança recua diante dessa nova fase. Quando a criança se depara com uma nova etapa, que ameaça causar-lhe desprazer, a tendência é recuar e fixar-se na fase anterior e conhecida.

O desenho, assim como o sonho, o sintoma, são resultados de um “trabalho psíquico” e “qualquer busca de sentido só será alcançada, se este puder ser inserido

em um diálogo e uma certa postura de escuta” (SOUZA, 2011, p. 208). Importa, sobretudo, escutar o discurso do sujeito que busca um sentido.

O desenho infantil, que antecede a escrita formal, pode ser considerado uma passagem para o simbólico, uma “associação livre em ação” (BERNARDINO, 2003, p. 12-13). Assim, a sequência dos desenhos, dos jogos e das produções com massa de modelar, argila e tinta, no decorrer da análise da criança, pode ser lida; uma vez que o paciente registra no papel o seu corpo e a sua realidade psíquicas. Dessa forma, o lúdico possui papel fundamental não apenas no diagnóstico situacional, como também na direção e evolução do tratamento. Cabe, então, ao analista escutar e ajudar a criança a nomear, traduzir e dar sentido ao brincar. Para que isto ocorra, o analista deve escutar a criança. Assim, dá-se o processo de leitura da criança, do lúdico e do sintoma que produz. Ler aquilo que se repete, que aparece de novo, bem como o que falta.

O objetivo do presente artigo é discorrer sobre a importância do lúdico na clínica psicanalítica com crianças portadoras de constipação intestinal funcional. Fragmentos de três casos clínicos e respectivas produções lúdicas em massa de modelar, argila e desenhos das crianças, serão apresentados e discutidos.

METODOLOGIA

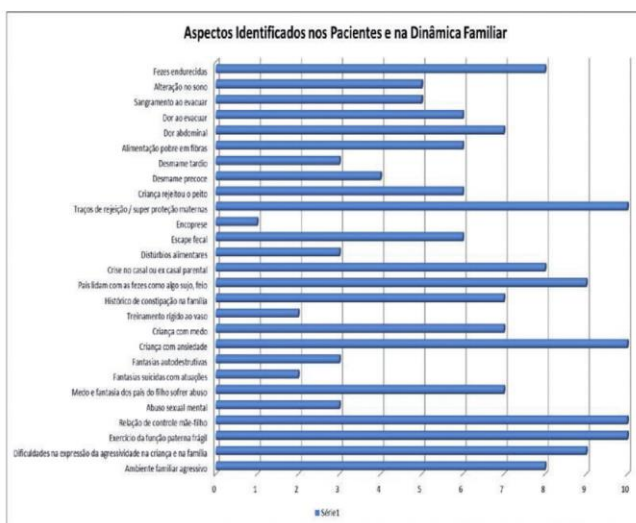
Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de corte transversal com amostra de conveniência composta de nove crianças e um adolescente entre dois e 15 anos de idade, encaminhadas pelo ambulatório médico, com diagnóstico de constipação intestinal funcional crônica. As entrevistas livres foram utilizadas para fins de diagnóstico e tratamento analítico do paciente. As entrevistas preliminares objetivaram acolher a queixa da criança e sua família, avaliar as questões psíquicas, particulares de cada um, e como estas apareciam na resistência e transferência dirigidas à analista. A partir dessa etapa inicial, a analista ajudou o paciente e a família a se implicarem nos processos de construção do sintoma e de cura. A direção de cada tratamento pôde, então, ser estabelecida. Através da análise de *estudos de casos*, a analista pesquisadora explorou com profundidade as questões psicoafetivas envolvidas no sintoma a ser investigado. Foram utilizados instrumentos como desenhos, pinturas, argila, bonecos de argila e jogos (criados pelas próprias crianças) a fim de facilitar a fala e expressão da criança. As interpretações da analista partiam da escuta da fala da criança, do relato dos pais e conexões entre esses discursos. Os desenhos, as pinturas e as criações com argila e massa foram registrados em fotos para serem, posteriormente, analisados e associados aos discursos da criança e dos pais. Além das entrevistas preliminares, posteriores sessões e respectivos registros baseados na técnica de investigação psicanalítica – direcionadas às crianças, aos adolescentes e aos pais ou responsáveis – utilizou-se um questionário semiaberto. Através deste questionário foi realizada uma anamnese dos casos.

RESULTADOS

Das dez famílias, apenas uma não aderiu ao tratamento psicoterápico. Em relação à queixa principal, houve remissão do sintoma da constipação intestinal funcional nos nove casos submetidos a tratamento combinado médico e psicanalítico (quando necessário, nutricional, fisioterápico e/ou psiquiátrico). Episódios curtos de obstipação (de três a sete dias) ocorreram em dois casos – quando questões psíquicas mais profundas, ainda não elaboradas, irromperam (ex.: medo de crescer), conflito no casal parental ou diante de situações inusitadas (ex.: descoberta tardia de adoção).

No Gráfico 1 encontram-se aspectos e questões latentes ao sintoma da constipação intestinal funcional identificados nos dez pacientes e respectivas famílias do presente estudo. Acima de 70% dos pacientes e famílias apresentaram: fezes endurecidas, traços de rejeição e superproteção maternas, crise no casal ou ex-casal parental, pais que lidam com as fezes como algo sujo e feio, criança com ansiedade, relação de controle mãe e filho, exercício da função paterna frágil, dificuldades na expressão da agressividade na criança e na família, e ambiente familiar agressivo.

Gráfico 1 – Características da dinâmica familiar e das crianças com constipação intestinal funcional, Projeto Piloto (2010-11).



Alguns aspectos em comum entre os casos (Gráfico 1) e particulares de cada criança/adolescente foram identificados nos discursos, nos desenhos e nas modelagens, permitindo ao paciente simbolizar questões inconscientes que retornavam como sintoma da constipação. Relação de controle mãe-filho, função paterna frágil, dificuldades na expressão da agressividade na criança e na família, criança com medo e ansiedade são alguns traços expressos nas produções lúdicas dos pacientes da pesquisa.

DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados fragmentos de seis casos clínicos do *Projeto Piloto*, enfatizando-se as produções lúdicas mais significativas e suas respectivas articulações com as particularidades de cada criança: **P** (nove anos), **F** (8 anos), **V** (15 anos), **C** (três anos), **B** (7 anos) e **M** (8 anos).

Caso 1

Figura 1 – Narciso



Desenho de P, um menino de 9 anos de idade.

Fonte: Claudia Motta

O irmão, desenhado com tamanho enorme, vela e revela a impotência dessa criança frente ao seu desejo de ter um pai presente que faça um corte na **relação de controle entre ele e a mãe** (Figura 1). Os elementos do desenho, assim como os elementos do sonho, representam partes do próprio sujeito. Nesse aspecto, o irmão é também um deslocamento da autoimagem dessa criança, e revela o quanto se encontra narcísico.

No restante do seu desenho, as figuras muito miúdas denunciam sua melancolia. Além disso, **P** desenha-se entre a mãe e a tia, identificado às mulheres da família: os três possuem um círculo na barriga. Na falta de um pai presente com quem pudesse identificar-se, **P**, quando sangrava ao evacuar, diversas vezes, fantasiava que estava menstruando e que era uma mulher.

Esse foi o único caso que não aderiu ao tratamento psicoterápico.

Caso 2

Figura 2 – A família arrumadinha



Desenho F, uma menina de 8 anos de idade.

Fonte: Claudia Motta

O aspecto geral do desenho (Figura 2), arrumado e bonito, transmite, no caso dessa criança, a tentativa de controlar o medo. Esse conteúdo latente será melhor explicitado no desenho subsequente (Figura 3).

O pai é desenhado com tamanho menor do que seu irmão, e distante dela. Nesse dia, **F** falou que se sentia triste em relação à mãe. Falou também do medo de ir ao banheiro: “É outro medo ... não é da dor de fazer cocô”, disse **F**.

Essa criança tinha medo do escuro, medo de dormir sozinha, dentre outros. O medo aparecia como uma forma sintomática e inconsciente de **F** demandar a função paterna. A mãe afirmava que a filha era “a vida dela”; vivia em função da filha, e que mantinha o casamento por causa da filha. Colada à mãe, essa criança permanecia no mutismo durante as sessões e conseguia se expressar mais através dos desenhos. Ainda que as produções gráficas pudessem ser utilizadas por **F** como uma defesa, resistindo a falar,

ela também falava através deles. Além disso, o ato de desenhar funcionou como um corte simbólico entre ela e o controle materno.

A analista, por sua vez, seguiu interrogando o desejo dessa criança, apostando na emergência do sujeito do inconsciente. Freud (1969b) revolucionou o conceito de corpo da criança quando indica que ela possui um corpo atravessado pela pulsão e pelo desejo, e transcende as perspectivas desenvolvimentista e psicogenética porque promove a criança ao estatuto de sujeito constituído pelo desejo inconsciente (FERREIRA, 2006). É do corpo (*fonte da libido*) que emerge o movimento pulsional em direção a um *objeto*, e também é ele (o corpo) o meio através do qual se chega a uma satisfação de prazer ou de desprazer (LINDENMEYER, 2012). O próprio corpo pode ser também um *objeto* de investimento libidinal. O conceito de *objeto*, para a psicanálise, pode tratar-se de uma pessoa ou de um *objeto parcial* – real ou fantasístico: o mamilo, a voz, o fonema, o olhar, o cíbalo, o fluxo urinário, o falo... (FREUD, 1969b; LACAN, 1998d).

Do ponto de vista psicanalítico, o corpo é concebido a partir das fantasias produzidas pelos investimentos e destinos da pulsão, que são singulares de cada sujeito, e significados pela linguagem (LACAN, 1998a; LINDENMEYER, 2012). A pulsão, portanto, atravessada pela linguagem, é um conceito entre o psíquico e o somático.

Dois meses depois, **F** produziu o desenho abaixo (Figura 3) e começou a falar! Falou do “medo de ficar só” e que “um monstro poderia aparecer no quarto dos seus pais” enquanto dormiam. Esse “monstro” aparecia em todos os lugares, dizia **F**. Ela dormia no quarto com os pais, o que aumentava a sua angústia de castração. Quem é esse monstro? Perguntou a analista. Ao que **F** responde: “É uma mulher” (...) “É a mãe”. Como vai crescer, se ficar colada à mãe? Questiona a analista.

O par dessa menina é o “monstro”. Ela desenha (Figura 3) parte da sua fantasia: a *cena primária*, os pais tendo relação sexual. Essa criança fica de fora, excluída. **F** ocupa o lugar de sustentar o casal parental, o lugar de *fetichê* que, por sua vez, também é de rejeição, pois este não deveria ser o seu lugar.

F apresentava traços fóbicos: tinha muito medo de ir ao banheiro sozinha, medo do escuro, e dizia que podia encontrar “monstros”. No decorrer do tratamento, apresentou fantasias suicidas. **F** desenhou os pais, ela e o “monstro” no quarto onde dormiam juntos; o “monstro” representava o horror em si, vivido por essa criança aprisionada: o casal parental *existia* apenas em função dessa filha. Como consequência, a mãe agarrava-se à vida da filha e o pai exercia sua função de maneira distorcida, autoritária.

Figura 3 – O Monstro



Desenho de F, uma menina de 8 anos de idade.

Fonte: Claudia Motta

Caso 3

Figura 4 – Onde está a desordem?



Desenho de V, uma adolescente de 15 anos de idade.

Fonte: Claudia Motta

Observando o excesso de organização do desenho (Figura 4), uma pergunta emerge. Onde está a desordem?

Acima, V é a quinta, da esquerda para a direita, segurando um coração com a mãe. Um coração pintado em cor preta: um luto? A relação de V com a mãe era agressiva e conflituosa. O pai, de tamanho pequeno e menor do que a mãe, é desenhado por último, exprimido, dentro de uma espécie de barreira e longe da filha; parece inacessível para ela.

V apresentava, além do sintoma da constipação intestinal funcional, traços de anorexia, fantasia e atuações suicidas. Essa adolescente estava pressionada como o sol que desenhou.

Traços depressivos podem ser notados nos desenhos em preto e branco (Figuras 4 e 5) e nas linhas curvadas, para baixo, dos coqueiros. O desenho dá a impressão de uma ventania (Figura 5). V insistia que havia algo que a angustiava; algo que a mãe sabia, mas não lhe falava.

Mais adiante, no decorrer do tratamento, aparece parte do motivo da desordem dessa jovem. Ao completar 16 anos de idade, a mãe revelou que V tinha sido adotada no hospital, pois o bebê que esperava, havia “nascido morto”. Muito tarde lhe foi dito sobre a adoção. O luto marcou essa adolescente desde muito cedo, pois a mãe não se deu o tempo de processar a perda do bebê que “nasceu morto” e o ‘substituiu’ de imediato por outro bebê.

Figura 5 – A Ventania



Desenho de V, uma adolescente de 15 anos de idade.

Fonte: Claudia Motta

Caso 4

C, uma menina de três anos de idade cuja queixa principal era a constipação intestinal funcional: evacuava a cada dois dias; aspecto das fezes endurecidas ou em cíbalos, sangrava algumas vezes ao evacuar, com eventuais dores abdominais. Durante o treinamento ao vaso, a criança demonstrou *medo de cair*. Além do sintoma principal, apresentava alteração do sono e irritabilidade noturna e dois episódios de infecção urinária (MOTTA, 2013).

Imperativa, de olhar atento e fixo, falava pouco inicialmente. Nas primeiras sessões queria que a mãe participasse. Além da obstipação, C e a mãe possuíam outros sintomas em comum como refluxo, alergia respiratória e infecção na garganta. Não gostavam de “sujar” as mãos com tinta ou argila. A mãe disse que C “tinha mania de lavar as mãos toda hora”. No decorrer do tratamento, C se permitiu “sujar” as mãos (MOTTA, 2013).

Nas entrevistas com o pai, ele afirmava que a mãe de C “vivia em função da filha”. E que C “não dava um segundo de sossego à mãe”. Por outro lado, a mãe oscilava entre a superproteção e a rejeição em relação à filha. Dizia que nunca quis engravidar. Segundo a mãe, ela deixou de trabalhar e de se cuidar quando C nasceu. A mãe também demonstrava sentimento de rejeição e dependência da sua mãe que “preferia” sua irmã. O casal parental tinha conflitos relativos à escolha religiosa e insatisfações em relação às funções da esposa, do marido, da mãe e do pai (MOTTA, 2013, p. 441).

C começou a se expressar através de desenhos, pinturas e modelagem. Nas pinturas e produções em argila ou

massa de modelar, pôde revelar o sintoma da constipação intestinal funcional. As “bolinhas de nada”, como chamou o primeiro quadro (Figura 6), representavam os cibalos e, mais adiante, ela mesma e a mãe (MOTTA, 2013).

Figura 6 – “A bolinha de nada”



Fonte: Claudia Motta

Figura 7 – A criança, a mãe e as fezes



Fonte: Claudia Motta

Durante a sessão em que C fez as “bolinhas” de tamanhos distintos (Figura 7), dizia que pareciam “cocô” e, depois, que se transformavam em “coração”. C falava: “Eu sou a bolona e minha mãe a bolinha”. Lacan (2005) reiterou que o cibalo seria na criança, a dádiva, por excelência, o dom do amor” (MOTTA, 2013, p. 442).

Se estivesse zangada com a mãe, dizia que não daria as bolinhas para ela. As fezes são tratadas como parte do corpo representando seu primeiro presente (ou obra produzida), que passa a ter outros significados para a criança a partir de uma das suas teorias sexuais infantis – a de que o bebê se faz através do comer e nascem pelos intestinos. A criança de baixa idade constrói a equação simbólica: fezes = presente = bebê e, mais tarde, = a falo, poder e dinheiro (FREUD, 1969b). Dessa forma, “o caminho do deslocamento do objetivo antigo para o novo objetivo, é facilitado” (MOTTA, 2013, p. 443).

Quando os distúrbios intestinais aparecem em idade tenra tornam as crianças nervosas, além de exercerem uma influência determinante sobre os sintomas em que

a *neurrose se expressa* mais tarde (FREUD, 1969b). Lacan (2005) afirmou que as fezes entravam na subjetivação da criança por intermédio da demanda da mãe. Durante o processo de educação da higiene, a mãe dá duas ordens contrárias: retenha as fezes e solte-as! O pedaço que a criança tem medo de perder assume um determinado valor, especial, pois satisfaz à demanda da mãe.

Através do sintoma da constipação intestinal, C buscava elaborar a rejeição da mãe. Retia as fezes para demandar o seu amor? Ao mesmo tempo, desejava separar-se simbolicamente dela, e desafiava o pai para que ele fizesse o corte simbólico da *bolha narcísica* entre mãe e filha, que estavam identificadas imaginariamente. A mãe não permitia a participação ativa do pai e este, por sua vez, mostrava-se frágil na sua função (MOTTA, 2013).

Figura 8 – Dificuldades com os limites e ansiedade



Fonte: Claudia Motta

Figura 9 – Dificuldades com os limites e ansiedade



Fonte: Claudia Motta

Nas pinturas acima (Figuras 8 e 9), C exprime sua ansiedade, dificuldades com os limites. Queixas relativas a agressividade e dificuldade com os limites apareciam diversas vezes nos discursos dos pais e de C, bem como nos desenhos dessa criança. Pinturas de cores fortes, às vezes saindo dos limites do papel.

O pai confundia autoridade com autoritarismo e oscilava entre os extremos: algumas vezes gritava com C e mandava ela “engolir o choro”, em outras, era permissivo. O pai terminava acusando a mãe de “não ter controle sobre C”, além de “não deixá-lo participar da educação da filha” (MOTTA, 2013).

Figura 10 – O presente!



Fonte: Claudia Motta

Durante o tratamento, **C** continuou elaborando a separação do corpo da mãe e a aproximação com o pai, solicitando, inclusive, a sua presença nas sessões. Ao final de três meses de tratamento, **C** já não apresentava mais o sintoma da constipação. Trouxe para a analista um potinho contendo uma massinha dentro. “Parece um cocô no vaso; um presente para mim!, interpretou a analista” (MOTTA, 2013, p. 442). (Vide Figura 10).

Durante a sessão, **C** falou que queria ser bancária, trabalhar com dinheiro quando crescesse. Antes, disse, em ordem crescente, as séries da escola, que cursaria com os amiguinhos, até chegar à faculdade. “E depois, vou trabalhar no banco”. **C** também verbalizou que ela não iria mais às consultas, e que quem precisava ir para a doutora, era a mãe (MOTTA, 2013).

Caso 5

Trata-se de **B**, uma menina de 7 anos de idade, franzina (baixo peso), ansiosa, dispersa e falante. A mãe referia-se à filha como sendo “teimosa e obstinada”. **B** chegou com a queixa de constipação intestinal funcional e refluxo acompanhado de vômitos, desde o nascimento; apresentava dificuldades de evacuar, fezes endurecidas e sangramento. A mãe e as tias maternas de **B** também tinham obstipação. A criança possuía sono agitado, acompanhado de pesadelos; falava enquanto dormia. Associado ao quadro da obstipação, apresentava dificuldade para se alimentar e baixo peso. Quando brincava, **B** se machucava muito: já havia batido a cabeça, machucado a vagina chegando a ter um corte superficial. A avó materna referia-se à neta como “uma menina impossível” e que “nunca está satisfeita com nada”. Demonstrava autoestima baixa, achava-se “feia”: “Ninguém quer brincar comigo porque meus dentes é torto [sic]”, queixava-se.

A gravidez de **B** não foi planejada; quando engravidou, tanto a mãe quanto o pai de **B** pensaram em abortar. Mas a mãe decidiu levar adiante a gravidez.

A criança e a mãe lidavam com as fezes como algo “nojento”. Diante das fezes, **B**, em geral, “engunhava” ou vomitava, dizia a mãe. Para a mãe, a constipação da filha era “uma situação constrangedora e irritante” porque se sentia “impotente”, “angustiado” e “sem controle” sobre o sintoma da filha e sobre a filha. Em relação a dar limites à filha, a mãe também se percebia “sem controle”.

No discurso tanto da criança quanto da mãe aparecia a queixa da ausência paterna. O pai nunca compareceu às entrevistas. **B** demonstrava tristeza e raiva diante dessa falta.

O brincar com a argila proporcionou a **B** “colocar para fora” suas angústias frente às questões que envolviam seu nascimento: desejada ou rejeitada? Escolheria crescer ou petrificar-se como as fezes? Evacuar ou constipar remetia essa criança ao ato de parir-se ou trancar-se para o mundo.

Uma das suas primeiras produções em argila (Figura 11) expressa muita tristeza, falta e inibição. Esta última aparece na dificuldade de comer, associada à constipação, que culminava na perda de peso dessa criança.

Figura 11 – “Comida não combina com cocô”



Fonte: Claudia Motta

Enquanto **B** produzia a “cobra” e a sua transformação em “pedra, ovo, bolo e flor furada”, ela falava da raiva que sentia do irmão de 17 anos (filho do primeiro casamento da mãe); “Ele me bate e me provoca”, e “ele diz que sou feia”, falou **B** com voz de bebê. Quando a analista pergunta sobre o porquê de estar falando como um bebê, **B** respondeu: “Não quero crescer... quero voltar para a barriga da mãe”.

Nesse caso, a cobra aparecia como metáfora com diversos significados: a falta do pai, a raiva que **B** sentia dessa ausência, bem como a morte simbólica dessa criança que dizia desejar retornar para o útero materno.

A função do pai seria fundamental para ajudar a criança a crescer e fazer sua marca no mundo.

Figura 12 – Ansiedade e medo de crescer



Fonte: Claudia Motta

À medida que pintava (Figura 12), **B** falava que tudo estava “embaralhado” e que era “louca”.

Figura 13 – “A menina que nasceu velha”



Fonte: Claudia Motta

Na sessão seguinte, enquanto construía com a massinha a figura de uma menina com um lápis e brigadeiros (Figura 13), **B** falava: “Ela tem cabelo branco, só tem um olho, não tem nariz, nem boca, nem orelha”. Como ela respira, come e ouve? Perguntou a analista. Ao que **B** respondeu: “Ela não come, não ouve nem respira. Aliás, tem que botar um tubo na veia para ela comer pelo sangue. Ela vai morrer; ela está morta”. “Ela já nasceu velha [...] ela pensa que sou louca”.

“Não quero ficar velha”, dizia. Repetia que queria voltar para a barriga da mãe: “Não quero ser adulta, não

quero ser criança”; “Na barriga da minha mãe vou chutar, pular...” **B** parecia querer *nada*, da mesma maneira que *comia nada*, indicando um possível prognóstico de anorexia nervosa na adolescência.

B estava falando, através do brincar, da sua fantasia de ter “nascido velha”. Parecia lançar mão dessa fantasia, na tentativa de lidar com a carência materna, quando nasceu: a mãe foi internada, por conta da endocardite, quinze dias após **B** nascer. Uma lacuna no primeiro mês de vida dessa criança. A doença cardíaca da mãe remetia **B** a uma ameaça de perda.

Contudo, algo fazia **B** retornar às sessões: queria ir às sessões para falar, brincar, repetir e elaborar: laborar. A analista apostou no desejo de viver e crescer de **B**, e deu espaço para que essa criança falasse da angústia frente ao abandono. Comia nada e prendia as fezes para abandonar o desejo de crescer. E quando buscava o pai, encontrava outro buraco.

O ato de desenhar, pintar e brincar com a argila durante as sessões funcionava como uma via pela qual essa criança canalizava sua agressividade inconsciente e, ao mesmo tempo, formulava seu desejo de possuir um lugar no papel e um papel no mundo. Lacan (2005) apontou para o aspecto da marca fecal enquanto *dom*, colocado pelo autor como ato social que representa a subjetividade do sujeito caracterizada pelo *desejo anal*. Esse desejo se estende para os planos da economia e da história, ganhando expressões ambivalentes (amor x ódio) do valor dado aos excrementos: renegação e admiração (LACAN, 2005).

Ainda que o sintoma da constipação estivesse curado, muitas questões latentes que emergiram durante o tratamento, urgiam serem processadas. Infelizmente, o abandono repetiu-se. A mãe e a avó não podiam mais levar **B** para a análise, apesar de essa criança ter firmado a demanda de “ver a doutora”, a demanda de análise.

Uma situação vivida como traumática pela criança, hipercatexiza determinados grupos de ideias que são insuportáveis para ela lidar. A experiência, real ou da ordem da fantasia, é recalçada e pode retornar no só-depois em forma de sintoma: o retorno do recalçado.

Há ainda, dentre muitas outras, uma fonte provocadora de experiências desagradáveis. Quando os *instintos sexuais* reprimidos, alcançam, por caminhos indiretos, uma satisfação *substitutiva* ou *direta*, o ego sente isto como desprazer. “[...] não há dúvida, porém, de que todo desprazer neurótico é dessa espécie, ou seja, um prazer que não pode ser sentido como tal” (FREUD, 1969d, p. 21). Esses impulsos inconscientes insatisfeitos são relativos aos desejos incestuosos e às pulsões agressivas que fazem parte do complexo de Édipo.

Um meio com que as crianças buscam elaborar as experiências traumáticas que sobrecarregam seu psiquismo é o brincar. Freud (1969d) trouxe à luz um jogo, que seu neto, de um ano e meio de idade, bastante ligado à mãe, inventou com o carretel. A esse jogo, Freud deu o nome de ‘*Fort-da*’:

“O que ele fazia, era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo em que o menino proferia seu expressivo ‘o-o-o-ó’. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão e saudava o seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (‘ali’)” (FREUD, 1969d, p. 26).

O som ‘o-o-o-ó’ que a criança emitia representava a palavra em alemão ‘fort’ que significa ‘ir embora’. Esse jogo de desaparecimento e aparecimento que o menino repetia diversas vezes o ajudou a renunciar à satisfação instintual de gozar do corpo da mãe. Elaborou a separação da mãe através da repetição da brincadeira que criou: uma *grande realização cultural*. Transformou sua experiência dolorosa de separação necessária em uma brincadeira na qual assumiu um papel ativo, canalizando a sua agressividade. Ao passo que antes, quando deixado pela mãe, encontrava-se numa posição passiva (FREUD, 1969d, p. 27).

Uma vez que a criança expressa seus conteúdos inconscientes através do brincar, quando produz um desenho, faz construções com a massa de modelar ou com a argila, ou brinca com os bonecos, o psicanalista trata isso da mesma forma que trata o sonho e o sintoma. O sintoma, nesse caso, está colocado *fora*, no brincar da criança. No sonho, o inconsciente revela-se através imagens e sons que, por condensação e deslocamento, escondem e ao mesmo tempo revelam as *verdades* do sujeito. A acústica, no caso do desenho, seria aquilo que a criança fala durante o ato de desenhar e o que ela fala sobre sua obra. O que ela fala sobre o desenho, pode ser tomado, por analogia, como aquilo o sonhador fala do sonho, denominado por Freud (1969a) de *elaboração onírica*. Freud (1969a) sinalizou que “É preciso tomar as imagens do sonho como *signos verbais*”. Souza (2011, p. 209) definiu a produção de imagens como uma “comunicação de afetos”, “uma espécie de linguagem”. Como no sonho, o desenho pode apresentar imagens aparentemente desconexas e confusas, mas que carregam um sentido, a partir de uma determinada escuta.

Caso 6

Os desenhos, as produções em argila e massa de **M**, uma menina de 8 anos de idade, último caso a ser discutido no presente artigo, atestam e representam bem as afirmações acima. **M** apresentou constipação intestinal funcional desde os três anos de idade, acompanhada por um grave escape fecal como consequência da retenção. Por conta disso, ainda usava fraldas. Associado ao quadro de constipação, apresentava enurese noturna, sono agitado e, por vezes, episódios de agressividade com atuação suicida. O relacionamento entre mãe e filha era de superproteção e hostilidade, e o pai, de quem **M** falava saudosamente, aparecia frágil na sua função.

A modelagem, por sua vez, facilita a determinadas crianças exprimirem suas fantasias de certa fase erótica e constantes evoluções. Além disso, o desenho e a modelagem permitem que as crianças expressem, inconscientemente, a imagem do seu corpo próprio e do corpo do outro. São instrumentos valiosos na dinâmica da psicanálise com crianças (DOLTO, 2010). Sob essa ótica, o desenho, carregado de investimento libidinal, é um prolongamento do próprio corpo (BERNARDINO, 2003; GUNZI, 2010).

Diante das perdas e das novas exigências no processo de crescer, **M** fixou-se na fase anal. Fazendo metáfora da casa vazia (Figura 16) com o seu corpo, que se desenvolveu precocemente, essa criança parecia estar abandonada subjetivamente, cheia de angústia, agarrando-se aos seus *bens mais preciosos*: as fezes. Contudo, através da argila e da pintura (Figuras 15, 16) expressou novamente o desejo de esvaziar-se. E mais um elemento novo: o sentimento de ser abandonada pela mãe. Por sua vez, **M** também abandonava seu corpo quando se aferrou ao sintoma da constipação.

O caso clínico apresentado por Bayet (1955) também elucidou a questão do sintoma da constipação intestinal funcional e o desejo de *esvaziar-se* presentes no discurso do sujeito. A jovem paciente que tinha constipação intestinal funcional desde os primeiros meses de vida, e cujo processo das primeiras entrevistas para análise foi extremamente lento e entrecortado de mutismos, verbalizou para o analista: “Eu decidi esvaziar minha sacola para você”, mas “você terá dificuldades... tenho dificuldades de falar”. Bayet (1955) escreveu que, nessa fala, “a paciente parecia introduzir uma imagem análoga àquela de constipação, e dentro da relação verbal de objeto” (BAYET, 1955, p. 572). O autor indicou aqui a relação da paciente com as fezes e com seu sintoma transferido para a relação com o analista. Jacqueline desejava esvaziar-se, ou seja, esvaziar seus intestinos, sua mente; ela desejava falar.

Motta, Silva e Castro (2010) escreveram sobre o caso clínico de um menino que se encontrava demasiadamente identificado com a mãe: baixa autoestima, confusão psicoafetiva e exigência excessiva. Filho de pais separados, a mãe expressava sua dificuldade em dar limites ao filho; o pai era, por sua vez, ausente e recusava-se a comparecer às entrevistas psicanalíticas. Através do tratamento psicanalítico, em que o brincar (argila, jogos e desenhos) foram instrumentos utilizados, essa criança pôde falar das suas angústias e elaborar a sua alienação à mãe e do desejo de separar-se simbolicamente dela. Bem como a raiva da ausência do pai e o desejo de aproximar-se dele. O sintoma da constipação desapareceu em seis meses de tratamento, dando lugar a novas significações sobre a sexualidade e a agressividade dessa criança.

M, ao longo do tratamento, expressou nas produções em massa, argila e tinta, a evolução da análise e seu reposicionamento subjetivo diante do sintoma e do seu complexo de Édipo.

Figura 14 – A Tristeza



Fonte: Claudia Motta

Figura 15 – “A Borboleta Júlia que solta bufa e é craque em voar... Vai para o mundo.”



Fonte: Claudia Motta

Em uma das primeiras sessões, *M* construiu, com argila, uma “borboleta” (Figura 15) com um aspecto bastante denso e pesado que remete à tristeza e ao luto. Mas, ao mesmo tempo, remete ao desejo de crescer. *M* falou do seu desejo de voar, soltar-se e esvaziar-se.

Esse corpo despedaçado [...] mostra-se regularmente nos sonhos, quando o movimento da análise toca num certo nível de desintegração agressiva do indivíduo. Ele aparece, então, sob a forma de membros disjuntos e de órgãos representados em exoscopia, que criam asas e se armam para perseguições intestinais...” (LACAN, 1998b, p. 100).

A pintura seguinte (Figura 16) evoca muita perda. A perda do gozo do corpo da mãe. A casa, como extensão do próprio corpo, que é atravessado pela linguagem, está cercada de preto e manchas vermelhas. A cor preta estaria aqui expressando o luto. O luto da posição dessa criança enquanto *objeto* de desejo da mãe. Apesar do alívio que o esvaziamento, que essa perda causa, surge também a raiva diante da perda – a cor vermelha que ronda a casa. Importa enfatizar, contudo, que a agressividade de

M pode ajudá-la a separar-se simbolicamente da mãe e acessar o pai.

O pai real estava longe e a tristeza de *M* mais uma vez aparece na pintura, em que a cor predominante é o preto (Figura 17): o pai, no meio da floresta, sozinho. A perda da mãe novamente revela-se de maneira velada.

Figura 16 – A Casa Vazia



Fonte: Claudia Motta

Figura 17 – “Pai tocando sanfona na floresta”



Fonte: Claudia Motta

Lacan (2003) chama atenção que o sintoma pode estar relacionado à subjetividade da mãe ou do casal parental. Na primeira situação, a criança fica restrita à função de alienar no seu corpo, a possibilidade de a mãe acessar a sua *verdade* inconsciente; isto dificulta as intervenções do analista. Diferentemente, quando o sintoma da criança revela a *verdade* do casal parental, as intervenções do analista tornam-se possíveis.

Tanto a criança quanto a mãe apresentam um conflito: o desejo e o medo de mudarem suas posições subjetivas. *M* pôde elaborar o sintoma da constipação intestinal funcional, que atestava a subjetividade da mãe, e reposicionar-se frente à *lei materna*. Enfrentou seus

medos e suas angústias e acessou a via do simbólico, representado pelo pai (Figura 17).

CONCLUSÕES

O lúdico é um instrumento utilizado na clínica psicanalítica com crianças para ajudá-las no processo de expressão, elaboração e simbolização dos conteúdos inconscientes subjacentes ao sintoma. Ao lado disso, através da leitura e interpretação das produções lúdicas das crianças, associadas ao discurso desta e dos pais, o analista pode realizar um diagnóstico situacional e estabelecer a direção do tratamento. No que diz respeito às crianças com constipação intestinal funcional, o brincar com argila, massa e tinta, principalmente, torna-se fundamental para que a criança fale e elabore, em análise, as questões envolvidas na sua relação com as fezes e com a fixação na fase anal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Dr. Hélio de Castro, psiquiatra e psicanalista, pela supervisão nos casos clínicos e colaboração na leitura dos desenhos produzidos pelas crianças participantes do *Projeto Piloto*, apresentados no presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAYET, R. Étude D'un Cas de Constipation – Recherche de ses facteurs psychodynamiques. *Rev. fr. Psychanal.*, Paris, v. 19, n. 4, p. 569-602, avril 1955.
- BERNARDINO, L. M. F. Escrita e escrita na psicanálise com crianças neuróticas. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 12-19, 2003.
- CARVALHO, J. D'A. A escrita do que se perde. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. XIII, n. 24, p. 72-83, 2008.
- CORGOSINHO, N. M. A. O "escutar" através do desenho. Fundação Guimarães Rosa, 2009. Belo Horizonte, Disponível em <http://www.fgr.org.br/admin/artigos/20093210361220177825429906EscutarComCarinho.pdf>. Acessado em 30/05/15.
- DOLTO, Françoise. Conversa com Françoise Dolto. In: ROUDINESCO, E. *Em Defesa da Psicanálise – Ensaios e Entrevistas reunidos por Marco Antônio Coutinho Jorge*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 98-125.
- FERREIRA, M. P. *Transtornos da Excreção: enurese e encoprese*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 195 p (Coleção Clínica Psicanalítica).
- FREUD, S. *A interpretação dos sonhos*: obras completas [1900]. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. p. 1-322 (Obras psicológicas completas, 4).
- _____. *Três ensaios sobre a sexualidade*: obras completas [1905]. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. p. 129-238. (Obras psicológicas completas, 7).
- _____. *Escritores criativos e devaneio* (1908 [1907]): obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. p. 149-158. (Obras psicológicas completas, 9).
- _____. *Além do princípio de prazer: obras completas* [1920]. Rio de Janeiro: Imago, 1969d. v. 18, p. 17-90. (Obras psicológicas completas, 18).
- GUNZI, E. K. Entre o corpo e o desenho. *R. Cient./FAP*, v. 6, p.173-187, jul./dez. 2010
- KAUFMANN, P. (Ed.). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan*. Tradução Vera Ribero; Maria Luiza X. de A. Borges. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 790 p.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud [1957]. In:_____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 493-532. (Campo Freudiano no Brasil).
- LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica [1949]. In:_____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 96-103. (Campo Freudiano no Brasil).
- _____. Subversão do sujeito e dialética do desejo [1960]. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 807-842. (Campo Freudiano no Brasil).
- _____. *O Seminário, livro 10: a Angústia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- _____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- LACAN, J. Nota sobre a criança. In:_____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 369-370 (Campo Freudiano no Brasil).
- LINDENMEYER, C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo psicanál.* Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, dez. 2012.
- MOTTA, C. R.; SILVA, L. R.; CASTRO, H. de. A psicanálise da criança – um estudo de caso. *R. Ci. Méd. biol.*, Salvador, n. 9 (Supl.1), p. 89-94, 2010.
- MOTTA, C. R. Da terapêutica médica à psicanálise. In:_____. *A criança e o adolescente no século XXI. As condições do advento do sujeito na atualidade. TÓPOS*, São Paulo, n. 13, p. 439-445, 2013.
- ROUSSILLON, R. Le Jeu et la fonction symbolisante. In: JOLY, F. et al. *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Paris: Press Éditions, 2003. p. 21-32.
- SOUZA, A. L. S. de. O desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. *Bol. Psicol.*, São Paulo, v. 61, n. 135, p. 207-215, jul. 2011.

Submetido: 11/10/2015

Aceito em: 15/10/2015

APÊNDICE E – Resultados preliminares do projeto piloto

Variável	N	%
Características		
Número de famílias	10	100,00%
Meninos	2	20,00%
Meninas	8	80,00%
Histórico de Constipação		
Constipação intestinal funcional desde o nascimento	3	30,00%
4 meses a 7 anos	7	70,00%
Tempo de tratamento médico exclusivo		
2 Anos	1	10,00%
3 Anos	3	30,00%
4 Anos	1	10,00%
5 Anos	1	10,00%
6 Anos	0	0,00%
7 Anos	1	10,00%
8 Anos	0	0,00%
9 Anos	0	0,00%
10 Anos	1	10,00%
Sem tratamento	2	20,00%
Início de treinamento ao vaso		
Entre 6 meses e 1 ano de idade	2	20,00%
Entre 1 e 2 anos de idade	6	60,00%
Entre 2 e 3 anos	2	20,00%
Técnicas de treinamento ao vaso		
Uso do vaso com os pés apoiados	2	20,00%
Uso do penico e do vaso	3	30,00%
Somente penico	4	40,00%
Somente vaso	1	10,00%
Aspectos Identificados nos Pacientes e na Dinâmica Familiar		
Ambiente familiar agressivo	8	80,00%

Dificuldades na expressão da agressividade na criança e na família	9	90,00%
Exercício da função paterna frágil	10	100,00%
Relação de controle mãe-filho	10	100,00%
Abuso sexual mental	3	30,00%
Medo e fantasia dos pais do filho sofrer abuso	7	70,00%
Fantasias suicidas com atuações	2	20,00%
Fantasias autodestrutivas	3	30,00%
Criança com ansiedade	10	10,00%
Criança com medo	7	70,00%
Treinamento rígido ao vaso	2	20,00%
Histórico de constipação na família	7	70,00%
Pais lidam com as fezes como algo sujo, feio	9	90,00%
Crise no casal ou ex casal parental	8	80,00%
Distúrbios alimentares	3	30,00%
Escape fecal	6	60,00%
Encoprese	1	10,00%
Traços de rejeição / super proteção maternas	10	100,00%
Criança rejeitou o peito	6	60,00%
Desmame precoce	4	40,00%
Desmame tardio	3	30,00%
Alimentação pobre em fibras	6	60,00%
Dor abdominal	7	70,00%
Dor ao evacuar	6	60,00%
Sangramento ao evacuar	5	50,00%
Alteração no sono	5	50,00%
Fezes endurecidas	8	80,00%

Houve remissão do sintoma da constipação intestinal funcional em seis casos submetidos a tratamento combinado médico e psicanalítico (quando necessário, nutricional, fisioterápico e/ou psiquiátrico).

Segue o tempo de atendimento, o número de sessões psicoterápicas e o tempo para remissão do sintoma em cada criança, respectivamente.

Paciente	Tempo de atendimento	Número de sessões psicoterápicas	Tempo para remissão do sintoma
C	06 meses	25 sessões	3 meses

M	14 meses	43 sessões	5 meses
B	23 meses	19 sessões	6 meses
Ls*	10 meses	23 sessões	5 sessões
A*	12 meses	46 sessões	6 meses
R	10 meses	20 sessões	6 meses
Lr	9 meses e 3 semanas	37 sessões	9 meses e 2 semanas
SJ*	4 meses e 2 semanas	15 sessões	3 meses e 3 semanas
MI	6 meses e 3 semanas	24 sessões	5 meses
O	3 meses e 2 semanas	10 sessões	Não aderiu ao tratamento

*Episódios curtos de obstipação (de três a sete dias), ocorreram em 3 casos - quando questões psíquicas mais profundas, ainda não elaboradas, irromperam (ex.: medo de crescer), conflito no casal parental ou diante de situações inusitadas (ex.: descoberta tardia de adoção).

APÊNDICE F

Questionário - Constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes

Identificação do Paciente

1. Sexo

1. Masculino 2. Feminino

La réponse est obligatoire.

2. Idade

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

La réponse est obligatoire.

3. Número de irmãos

La réponse doit être comprise entre 0 et 20.

4. Nome

La réponse est obligatoire.

5. Procedência

6. Nacionalidade

1. Brasil 2. Outros

7. Se outra nacionalidade, qual?

La question n'est pertinente que si país = "Outros"

8. Escolaridade

1. Não alfabetizado 2. Ensino fundamental
 3. Ensino médio 4. Superior completo
 5. Superior cursando

Filiação

9. A mãe está acessível para pesquisa?

1. Sim 2. Não

10. Nome da mãe

11. Qual idade da mãe?

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

12. Escolaridade da Mãe

1. Não frequentou 2. Ensino fundamental
 3. Ensino Médio 4. Ensino Superior

13. Profissão da mãe

14. O pai está acessível para pesquisa?

1. Sim 2. Não

15. Nome do Pai

16. Qual a idade do pai?

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

17. Escolaridade do pai

1. Não frequentou 2. Ensino fundamental
 3. Ensino Médio 4. Ensino superior

18. Profissão do pai

19. Endereço domiciliar

domicílio - onde a pessoa está estabelecida, não forçosamente onde dome

20. Endereço Residencial

Residência: Local onde fica a habitação de alguém.

21. Contatos telefônicos do paciente

Informações sobre histórico de constipação

22. Inicialmente, o que fez com que vocês (pais ou responsáveis) buscassem ajuda médica?

23. O que mais incomoda no corpo da criança/adolescente?

Antecedentes perinatais

24. **Peso ao Nascer**

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

25. **Evacuação ao Nascer**

1. Sim 2. Não

26. **Foi necessário o uso de incubadora?**

1. Sim 2. Não

27. **A criança foi hospitalizada?**

1. Sim 2. Não

28. **Houve dificuldades prévias nos primeiros seis meses de vida?**

1. Sim 2. Não

29. **Se houve dificuldades no primeiros dias de vida, quais foram?**

La question n'est pertinente que si Dificuldades prévias = "Sim"

30. **Você amamentou?**

1. Sim 2. Não

31. **Houve interrupção da amamentação?**

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Amamentação = "Sim"

32. **Se houve interrupção da amamentação, qual idade da criança na época do desmame?**

La réponse doit être comprise entre 0 et 7.

La question n'est pertinente que si Amamentação 1 = "Sim"

33. **Qual o motivo do desmame?**

La question n'est pertinente que si Amamentação 1 = "Sim"

34. **Você fez aleitamento materno exclusivo?**

1. Nunca 2. Até 1-3 meses
 3. Até 3-6 meses 4. Até 6-9 meses
 5. Até 1 ano 6. Até 2 anos
 7. Acima de 2 anos

35. **A gravidez foi desejada?**

1. Sim 2. Não

36. **A criança/adolescente mastiga bem os alimentos?**

1. Mastigo bastante
 2. Engulo ainda pedaços mal mastigados

Alimentação Atual

37. **Você toma café da manhã?**

1. Sim 2. Não

38. **Qual o horário do seu café da manhã?**

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si Café da manhã = "Sim"

39. **Quais os alimentos ingeridos no café da manhã?**

La question n'est pertinente que si Café da manhã = "Sim"

40. **Você toma lanche matinal?**

1. Sim 2. Não

41. **Qual o horário do seu lanche matinal?**

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si Lanche matinal = "Sim"

42. **Quais os alimentos ingeridos no lanche matinal?**

La question n'est pertinente que si Lanche matinal = "Sim"

43. **Você almoça?**

1. Sim 2. Não

44. **Qual o horário que você almoça?**

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si Almoço 1 = "Sim"

45. **Quais os alimentos ingeridos no almoço?**

La question n'est pertinente que si Almoço 1 = "Sim"

46. **Você faz lanche vespertino?**

1. Sim 2. Não

47. **Qual o horário do seu lanche vespertino?**

La réponse doit être inférieure à 23h00.

La question n'est pertinente que si Lanche vespertino = "Sim"

48. **Quais os alimentos ingeridos no lanche vespertino?**

La question n'est pertinente que si Lanche vespertino = "Sim"

49. **Você janta?**

1. Sim 2. Não

50. **Qual o horário do seu jantar?**

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si Jantar = "Sim"

51. Quais os alimentos ingeridos no jantar?

La question n'est pertinente que si Jantar = "Sim"

52. Você ceia?

1. Sim 2. Não

53. Qual o horário da sua ceia?

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si ceia = "Sim"

54. Quais os alimentos ingeridos na ceia?

La question n'est pertinente que si ceia = "Sim"

55. Você come durante a madrugada?

1. Sim 2. Não 3. As vezes

56. Qual o horário que você come durante a madrugada?

La réponse doit être inférieure à 23h59.

La question n'est pertinente que si Alimentação na madrugada Parmi "Sim ; As vezes"

57. Quais os alimentos ingeridos na madrugada?

La question n'est pertinente que si Alimentação na madrugada Parmi "Sim ; As vezes"

História Médica e Cirúrgica Prévia

58. Quais doenças que seu(sua) filho(filha) já teve?

59. Seu filho já foi hospitalizado?

1. Sim 2. Não

60. Quantas vezes?

La réponse doit être comprise entre 0 et 90.

La question n'est pertinente que si Hospitalização anterior = "Sim"

61. Seu filho já realizou cirurgias?

1. Sim 2. Não

62. Quantas cirurgias foram realizadas?

La réponse doit être comprise entre 0 et 100.

La question n'est pertinente que si Cirurgias = "Sim"

63. Quais foram as cirurgias realizadas ?

La question n'est pertinente que si Cirurgias = "Sim"

Antecedentes Familiares

64. Há ocorrência de doenças crônicas na família?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

65. Algum familiar já apresentou constipação intestinal funcional?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

66. Qual familiar apresentou problema intestinal funcional?

1. Mãe 2. Pai 3. Avó-Pai
 4. Avó-Mãe 5. Avô-pai 6. Avô-mãe
 7. Outros 8. Tio-Matemo 9. Tio-Patemo
 10. Tia-Matema 11. Tia-Patema 12. Irmão/irmã
 13. Prima/Primo

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Ocorrência de Constipação na família Parmi "Sim ; Não sei"

67. Qual outro familiar com problema intestinal funcional?

La question n'est pertinente que si Familiar_problema_intestinal = "Outros"

Histórico da doença

68. Qual a incidência de dor abdominal?

1. Uma a Três x/s emana
 2. Quatro-Cinco x/s emana
 3. Diariamente
 4. Várias vezes ao dia
 5. Apenas após comer
 6. Eventualmente
 7. Não apresenta dor abdominal

69. A constipação é acompanhada de

1. Encoprese 2. Cefaléia
 3. Infecção Urinária 4. Enurese
 5. Escape fecal 6. Nenhum

Enurese é incidência de urina na cama à noite

70. Com qual idade iniciou o treinamento ao vaso?

Tempo em meses

71. Quais as reações da criança?

72. Como foi o Treinamento Inicial?

1. No Vaso
 2. No Urinol
 3. Na Fralda
 4. O pé apoiado
 5. A mãe fala(va) da evacuação
 6. Outros parentes falavam da evacuação

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

73. Para várias crianças e pais o treinamento ao vaso torna-se um momento estressante. Houve alguma punição ou ofensa (verbal ou física) durante o treinamento?

1. Sim 2. Não

74. Se houve punição fale mais sobre?

La question n'est pertinente que si l'Occurrence de punição = "Sim"

75. Para pai: Qual a sua relação com as fezes?

76. Para Mãe: Qual a sua relação com as fezes?

77. Para paciente: Qual a sua relação com as fezes?

78. A criança / adolescente apresenta alteração do sono/irritabilidade noturna?

1. Sim 2. Não 3. As vezes

79. Como é o ritmo intestinal?

1. Diário
 2. Mais de Uma x ao dia
 3. A cada Dois dias
 4. Três/Três dias
 5. Quatro/Quatro dias
 6. Cinco/Cinco dias
 7. Fica mais de cinco dias sem evacuar

80. Como são as fezes?

1. Pastosas 2. Amolecidas 3. Endurecidas
 4. Pétreas 5. Cíbalos

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

81. Sangra ao defecar?

1. Todas as vezes 2. Algumas vezes
 3. Raramente 4. Não

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

82. Sente dor ao defecar?

1. Todas as vezes 2. Algumas vezes
 3. Raramente 4. Não

83. Des de que idade você notou que o ritmo intestinal da criança/adolescente mudou?

Tempo em anos com decimais para meses

84. A criança foi submetida à tratamentos anteriores da constipação?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

85. Se a criança foi submetida a tratamentos quais foram eles?

La question n'est pertinente que si Tratamentos anteriores = "Sim"

86. O tratamento funcionou?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Tratamentos anteriores = "Sim"

87. Des de quando é acompanhado por médicos por este problema?

Tempo em meses

PARTE II - DINÂMICA PSÍQUICA (PENSAMENTO E EMOÇÃO) DO CASO PARA CRIANÇA/ADOLESCENTE

88. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação ao pai?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo
 4. Culpa 5. Outros

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 8 <= Anos < 99*

89. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica Emocional Criança = "Outros"

90. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação a mãe?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo
 4. Culpa 5. Outros

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.
 La question n'est pertinente que si 8 <= Anos < 99*

91. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional Criança2 = "Outros"

DINÂMICA EMOCIONAL - CRIANÇA/ADOLESCENTE

92. Como você sente em relação a dificuldade de defecar?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo 4. Outros

La question n'est pertinente que si 8 <= Anos < 99

93. Se outros sentimento, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional criança4 = "Outros"

DINÂMICA PSÍQUICA (PENSAMENTO E EMOÇÃO) DO CASO PARA MÃE

94. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação ao seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo 4. Culpa
 5. Impotência 6. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

95. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 7 = "Outros"

96. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação ao pai do seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo
 4. Culpa 5. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

97. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 10 = "Outros"

DINÂMICA EMOCIONAL - MÃE

98. Como se sente em relação à constipação intestinal funcional do seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo 4. Culpa
 5. Impotência 6. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

99. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 12 = "Outros"

100. Como se sente em relação à constipação intestinal funcional que você tem?

La question n'est pertinente que si Familiar_problema_intestinal = "Mãe"

101. Bate?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 7 = "Raiva" ou Dinâmica emocional 12 = "Raiva"

102. Ofende com palavras?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 7 = "Raiva" ou Dinâmica emocional 12 = "Raiva"

103. Com quais palavras?

La question n'est pertinente que si Psico-afetiva12 = "Sim"

DINÂMICA PSÍQUICA (PENSAMENTO E EMOÇÃO) DO CASO PARA PAI

104. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação ao seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo 4. Culpa
 5. Impotência 6. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Acessibilidade_pai = "Sim"

106. Quais os sentimentos mais frequentes que emergem em relação a mãe do seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo
 4. Culpa 5. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Acessibilidade_pai = "Sim"

105. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 16 = "Outros"

107. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 18 = "Outros"

DINÂMICA EMOCIONAL - PAI

108. Como se sente em relação à constipação intestinal funcional do seu filho(a)?

1. Raiva 2. Tristeza 3. Medo 4. Culpa
 5. Impotência 6. Outros

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Acessibilidade_pai = "Sim"

109. Se outros sentimentos, quais?

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 20 = "Outros"

110. Como se sente em relação à constipação intestinal funcional que você tem?

La question n'est pertinente que si Familiar_problema_intestinal = "Pai"

111. Bate?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 16 = "Raiva" et Dinâmica emocional 20 = "Raiva"

112. Ofende com palavras?

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si Dinâmica emocional 16 = "Raiva" et Dinâmica emocional 20 = "Raiva"

113. Com quais palavras?

La question n'est pertinente que si Psico-afetiva26 = "Sim"

PARTE III - DINÂMICA SIMBÓLICA DA FAMÍLIA

PERGUNTAS DEVEM SER FEITAS PARA O PAI

114. PARA O PAI - Como você percebe a sua relação com o seu filho? Quais as dificuldades?

Pergunta deve ser feita para o pai

115. Você tem alguma dúvida ou conflito em relação à constipação intestinal do seu filho (da sua filha)? Quais?

Pergunta deve ser feita para o pai

116. Às vezes, quando a criança não consegue falar alguma coisa importante, ela adocece. O que você pensa que seu filho(a) está querendo dizer com a constipação intestinal funcional?

Pergunta deve ser feita para o pai

117. Quem dá os limites ao seu filho(a)? Ele(a) aceita?

Pergunta deve ser feita para o pai

118. Como vocês descreveriam o relacionamento do casal ou ex-casal? (Casal parental)

Pergunta deve ser feita para o pai

119. Como você se descreveria como pai

Pergunta para o pai

120. Como foi a sua infância e adolescência?

Pergunta deve ser feita para o pai - Se os pais falarem pouco sobre a infância, o pesquisador deve estimular que falem sobre isso com mais detalhes.

121. Depois que o pai falar

1. Presente 2. Exigente 3. Permissivo
 4. Ausente 5. Forte 6. Frágil

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Accessibilité_pai = "Sim"

Para MÃE

122. Como você percebe a sua relação com o seu filho? Quais as dificuldades?

Pergunta deve ser feita para a mãe

123. Você tem alguma dúvida ou conflito em relação à constipação do seu filho (da sua filha)? Quais?

Pergunta deve ser feita para a mãe

124. Às vezes, quando a criança não consegue falar alguma coisa importante, ela adocece. O que você pensa que seu filho(a) está querendo dizer com a constipação intestinal funcional?

Pergunta deve ser feita para a mãe

125. Quem dá os limites ao seu filho(a)? Ele(a) aceita?

Pergunta deve ser feita para a mãe

126. Como vocês descreveriam o relacionamento do casal ou ex-casal? (Casal parental)

Pergunta deve ser feita para a mãe

127. Como você se descreveria como mãe?

Pergunta deve ser feita para a mãe

128. Como foi a sua infância e adolescência?

Pergunta deve ser feita para a mãe - Se os pais falarem pouco sobre a infância, o pesquisador deve estimular que falem sobre isso com mais detalhes.

129. Depois que a mãe falar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Permissiva | <input type="checkbox"/> 2. Exigente |
| <input type="checkbox"/> 3. Controladora | <input type="checkbox"/> 4. Tranquila |
| <input type="checkbox"/> 5. Cuidadosa em Excesso | <input type="checkbox"/> 6. Cuidadosa |
| <input type="checkbox"/> 7. Rejeição | <input type="checkbox"/> 8. Super proteção |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Para criança ou adolescente**130. Quais as dificuldades e conflitos com a sua mãe? E com o seu pai?**

Para criança/adolescente

PARTE IV - AVALIAÇÃO SOBRE O SENTIMENTO DE AMEAÇA PÓS-ENTREVISTA CRIANÇA/ADOLESCENTE**131. Agora, que a entrevista está quase terminando, gostaria de perguntar como você se sentiu em relação à mesma. Em geral, quão agradável foi a entrevista para você?**

Referência: *Asking Questions: the definitive Guide to Questionnaire Design For Market Research, Political Polls, And Social And Health Questionnaires, Revised Edition.* Autores: Bradburn, N.; Sudman, S.; Wansink, B.

132. Quais questões, se existir alguma, ficaram pouco claras ou muito difíceis de entender?

La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99

133. Quais questões, se existir alguma, foram muito pessoais?

La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99

134. Gravidez

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

135. Amamentação

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

136. A relação que a pessoa tem com as fezes

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

137. Dificuldades no relacionamento com o(a) filho(a)

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

138. Raiva

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

139. Tristeza

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

140. Culpa

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

141. Medo

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

142. Ansiedade e Angústia

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

143. Estresse

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

144. Situação Traumática

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

145. Relacionamento do Casal (Ex-Casal)

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

146. Relacionamento com o filho

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

147. Função da Mãe

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

148. Função do Pai

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

149. Sexo

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

150. Suicídio

1. muito incomodada
 2. moderadamente incomodada
 3. levemente incomodada
 4. nada incomodada
 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
 La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

151. Limites

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

152. Fazer uso de bebida alcoólica / drogas em geral

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

153. Abuso Sexual

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
La question n'est pertinente que si 10 <= Anos < 99*

AVALIAÇÃO SOBRE O SENTIMENTO DE AMEAÇA PÓS-ENTREVISTA - MÃE**154. Agora, que a entrevista está quase terminando, gostaria de perguntar como você se sentiu em relação à mesma. Em geral, quão agradável foi a entrevista para a você?**

Referência: Asking Questions: the definitive Guide to Questionnaire Design For Market Research, Political Polls, And Social And Health Questionnaires, Revised Edition. Autores: Bradburn, N.; Sudman, S.; Wansink, B.

155. Quais questões, se existir alguma, ficaram pouco claras ou muito difíceis de entender?**156. Quais questões, se existir alguma, foram muito pessoais?****157. Gravidez**

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

158. Amamentação

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

159. A relação que a pessoa tem com as fezes

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

160. Dificuldades no relacionamento com o(a) filho(a)

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

161. Raiva

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

162. Tristeza

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

163. Culpa

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

164. Medo

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

165. Ansiedade e Angústia

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

166. Estresse

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

167. Situação Traumática

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

168. Relacionamento do Casal (Ex-Casal)

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

169. Relacionamento com o filho

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

170. Função da Mãe

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

171. Função do Pai

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

172. Sexo

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

173. Suicídio

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

174. Limites

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

175. Fazer uso de bebida alcoólica / drogas em geral

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

176. Abuso Sexual

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

AVALIAÇÃO SOBRE O SENTIMENTO DE AMEAÇA PÓS-ENTREVISTA - PAI

177. Agora, que a entrevista está quase terminando, gostaria de perguntar como você se sentiu em relação à mesma. Em geral, quão agradável foi a entrevista para você?

Referência: Asking Questions: the definitive Guide to Questionnaire Design For Market Research, Political Polls, And Social And Health Questionnaires, Revised Edition. Autores: Bradburn, N.; Sudman, S.; Wansink, B.

178. Quais questões, se existir alguma, ficaram pouco claras ou muito difíceis de entender?

179. Quais questões, se existir alguma, foram muito pessoais?

180. Gravidez

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

181. Amamentação

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

182. A relação que a pessoa tem com as fezes

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

183. Dificuldades no relacionamento com o(a) filho(a)

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

184. Raiva

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

185. Tristeza

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

186. Culpa

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

187. Medo

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

188. Ansiedade e Angústia

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

189. Estresse

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

190. Situação Traumática

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

191. Relacionamento do Casal (Ex-Casal)

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

192. Relacionamento com o filho

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

193. Função da Mãe

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

194. Função do Pai

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

195. Sexo

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

196. Suicídio

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

197. Limites

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

198. Fazer uso de bebida alcoólica / drogas em geral

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

199. Abuso Sexual

- 1. muito incomodada
- 2. moderadamente incomodada
- 3. levemente incomodada
- 4. nada incomodada
- 5. Não se aplica

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação – Processo Interativo dos Órgãos e Sistemas -

Instituto de Ciências da Saúde – ICS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: Leitura Psicanalítica de Constipação Intestinal Funcional em Crianças e Adolescentes – Pesquisa Qualitativa-Prospectiva

CEP – Comitê de Ética de Pesquisa (tel.: 3283-8140)

Eu, Claudia dos Reis Motta, psicóloga (CRP – 03/01758) e psicanalista, convido os pais (ou responsáveis) e seu (sua) filho(a), a participarem da pesquisa com o título acima citado e sob a minha coordenação. O objetivo desta pesquisa é a avaliação dos fatores psíquicos associados à constipação intestinal. Uma parte importante no sucesso do tratamento da constipação intestinal consiste no entendimento do quadro e no apoio psicológico diante das dificuldades para a criança e seus familiares, que pode ser proporcionado por uma equipe de especialistas e será feito no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário Pediátrico da UFBA com médicos e psicóloga especializada. Com este documento, a família foi esclarecida e, deixado claro que caso a família deseje participar do estudo, terá o direito de saber os resultados da pesquisa realizada, bem como a liberdade de recusar ou suspender a sua participação e a do(a) seu(sua) filho(a) em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo para os participantes.

As entrevistas e sessões serão gravadas e discutidas com a equipe interdisciplinar, a orientadora e o coorientador desta pesquisa. A gravação é de fundamental importância porque faz parte das *Técnicas de Entrevista*. A coleta e a análise dos dados colhidos serão escritos na tese produzida.

Todas as informações a serem prestadas sobre a sua pessoa (ou) sobre a pessoa do(a) seu(sua) filho(a) serão mantidas totalmente em sigilo, sem identificá-los como participantes da pesquisa. Se houver alguma reclamação a fazer, deverão procurar a analista pesquisadora. Caso considerem-se satisfeitos com as explicações acima e, juntamente com seu(sua) filho(a), concordem em participar como voluntários deste estudo, guardem como garantia deste acordo, a **segunda via** deste termo de consentimento livre e esclarecido que lhes será entregue, ficando a primeira via com a pesquisadora.

Salvador, ____ de _____ de 20__.

Responsável 1

Responsável 2

Dra. Claudia dos Reis Motta

(Tel.: 98813-3082)

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Estudo qualitativo sobre constipação intestinal em crianças e adolescentes - interrelação entre psicanálise e gastroenterologia pediátrica, em Salvador - Bahia

Pesquisador Responsável: Cláudia dos Reis Mota

Data da Versão 01/12/2009

Cadastro 81/09

Data do Parecer 02/04/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Avaliar as contribuições da clínica psicanalítica na determinação e no processo do tratamento da constipação intestinal em crianças e adolescentes.

I

Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção, que será realizado pelo Programa de Pesquisa do Setor de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas do Complexo HUPES-CPPHO da UFBA. Serão estudados 40 crianças/adolescentes, entre 4 e 18 anos de idade, com diagnóstico firmado de constipação intestinal crônica. Ao tratamento habitual da constipação intestinal será agregada a terapia analítica. Através da estratégia de estudo de casos a pesquisadora pretende explorar com profundidade as questões psico-afetivas envolvidas na gênese da constipação intestinal na infância. A autora enfatiza que na maioria das vezes o essas crianças já passaram por diversas intervenções medicamentosas, manipulações e procedimentos, chegando ao ponto de necessitarem de internamento hospitalar e que, em geral, o encaminhamento para o tratamento psicanalítico é feito em último caso, quando todas as possibilidades médicas foram esgotadas. *Justifica ainda que, na sua experiência, após alguns meses de atendimento analítico, e médico incluso, as crianças começam aos poucos, a ir ao banheiro durante o processo de análise. Dessa forma, se propõe a estudar durante 12 meses essas crianças, realizando sessões analíticas com as mesmas utilizando instrumentos lúdicos e também com seus cuidadores diretos utilizando questionários semi-abertos. As entrevistas serão utilizadas para fins de diagnóstico e tratamento analítico do paciente. Enfatiza ainda que esta pesquisa oferecerá aos participantes, constituintes de uma população carente, a possibilidade de acesso ao tratamento analítico.*

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delimitação	Adequado
Tamanho de amostra	Total 40 Na Instituição 40
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa qualitativa)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica
Armazenamento de material biológico	Não se aplica

21/02

Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	03/2010
Data de término prevista	12/2011
Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Não
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O pesquisador atendeu todas as recomendações da Resolução CNS 196/96.

Projeto Aprovado.


 ROBERTO BADARÓ, MD PHD
 Coordenador CEP
 CHUPES

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo. dezembro 2011

ANEXO B – Atestados dos revisores**ATESTADO DE TRADUÇÃO**

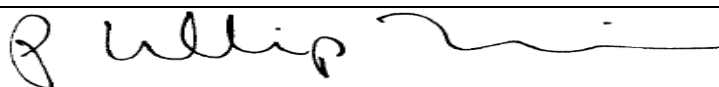
Atesto para os fins devidos que o artigo de autoria de *Claudia dos Reis Motta* intitulado *The Real, the Symbolic and the Imaginary in Parents' and Children's Speech Surrounding the Intestinal Functional Constipation Symptom*, foi traduzido para a língua inglesa por *Phillip John Villani*, australiano, portador do CPF de número 862.192.745-47, tradutor há 6 anos, graduado em Humanidades pela University of Melbourne, e mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia.

Resumo

The objective of the present study is to analyze the signifiers surrounding the symptom of functional intestinal constipation, in the speech of children, adolescents and their parents. How does constipation reveal the subjectivity of the mother, the father and/or the crisis of the parental couple (ex-couple)? The present study is prospective-qualitative, with a non-probabilistic sample, including children and adolescents within an age bracket between 3 and 18 years of age, diagnosed with functional intestinal constipation, referred to the analyst by the medical team of the Pediatric Hepatology and Gastroenterology Clinic at the HUPES-CPPHO complex of the UFBA. The questionnaire, applied with 14 families, considered three aspects of the symptom: the real of the body, the symbolic (ideas) and the imaginary (affects). A lack of success with medical treatment was reported by the majority of patients (n=13). Of the fourteen cases investigated, five mothers of constipated children also presented the symptom. The discourse of the mothers indicated self-demands, demands and difficulty with establishing limits. In the discourse of the fathers, a lack of time, disobedience of the child, mothers who hampered the performance of the paternal role and difficulties with authority were observed. Other signifiers collected and associated with constipation were: holding in, "I can't speak"; silence; not opening up; doubting; blocking; keeping in, not giving; giving up; not knowing how to do it; having to do it. The responses received showed, preliminarily, that the speech of the children and parents revealed unconscious conflicts underlying the symptom of functional intestinal constipation. The speech of the subjects demonstrated that the child's symptom was involved in questions related to the function of the mother, the father and/or the parental couple (ex-couple) crisis.

Palavras-chave: functional intestinal constipation; psychoanalysis; discourse; medicine; child

"Atesto por meio deste documento, veracidade ao serviço de idioma prestado."



Assinatura de Tradutor: **Phillip Villani**

Nome de tradutor: **Phillip John Villani**

Date: 20/8/2018

Endereço: Rua Padre Camilo Torrend, 145 AP 304 Edf Barra dos Coqueiros, Federação,
CEP: 40210-650 Salvador, BA

Telefone: + (71) 99154 - 2174

e-mail: phillipvillani@gmail.com

ATESTADO DE REVISÃO EM LÍNGUA PORTUGUESA

Atesto que a tese, de autoria de *Claudia dos Reis Motta*, intitulada **O sintoma da constipação intestinal funcional: a fala de crianças e pais**, foi revisada conforme as regras ortográficas oficiais e atuais da língua portuguesa, por *Ulilton Santos Gonçalves*, portador do CPF de número 430.295.825-15, revisor há vinte anos, graduado em Licenciatura em Letras Vernáculas, pela Universidade Federal da Bahia.

"Atesto por meio deste documento, veracidade ao serviço de idioma prestado."



Assinatura do revisor: **Ulilton Santos Gonçalves**

Nome do revisor: **Ulilton Santos Gonçalves**

Data: 20/8/2018

Endereço: Rua Arlete Souza Costa, 485, Res. Gileade, casa D8, Buraquinho, CEP: 42709-260, Lauro de Freitas, BA


Telefone: (71) 98895-8344

e-mail: uiltonsg@yahoo.com.br

ATESTADO DE FORMATAÇÃO E ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS DE VANCOUVER

Atesto que a tese, de autoria de *Claudia dos Reis Motta*, intitulada **O sintoma da constipação intestinal funcional: a fala de crianças e pais**, foi formatada e adequada às normas atuais de Vancouver, por *Uilton Santos Gonçalves*, portador do CPF de número 430.295.825-15, revisor há vinte anos, sendo professor de Metodologia Científica, graduado em Licenciatura em Letras Vernáculas, pela Universidade Federal da Bahia.

"Atesto por meio deste documento, a veracidade ao serviço de formatação prestado."



Assinatura do revisor: **Uilton Santos Gonçalves**

Nome do revisor: **Uilton Santos Gonçalves**

Data: 20/8/2018

Endereço: Rua Arlete Souza Costa, 485, Res. Gileade, casa D8, Buraquinho, CEP: 42709-260, Lauro de Freitas, BA

Telefone: (71) 98895-8344

e-mail: uiltonsg@yahoo.com.br