

**MARIZA FERREIRA LEÃO**

**A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DAS MÃES:  
CRENÇAS, SENTIMENTOS, ATITUDES E  
REPERCUSSÕES SOCIAIS**



*Caganer - figura do folclore catalão*

**BELO HORIZONTE  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
2007**

**MARIZA FERREIRA LEÃO**

**A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DAS MÃES:  
CRENÇAS, SENTIMENTOS, ATITUDES E  
REPERCUSSÕES SOCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito  
parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Marcia Regina Fantoni Torres

Co-orientadores: Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira

Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo Barros Melo

**Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina  
2007**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

### **Vice-Reitora**

Prof.<sup>a</sup> Heloisa Maria Murgel Starling

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Carlos Faria Santos Amaral

### **Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. João Lúcio dos Santos Júnior

### **Chefe do Departamento de Pediatria**

Prof.<sup>a</sup> Cleonice de Carvalho Coelho Mota

### **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof. Joel Alves Lamounier

### **Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Prof.<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha

Prof.<sup>a</sup> Ivani Novato Silva

Prof. Marco Antonio Duarte

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Rute Velásquez Santos (representante discente)

Ao Enzo,

Uma vida nova que trouxe alegria e esperança  
além de ampliar os horizontes da minha vida.

## **Agradecimentos**

**Às mães de crianças e adolescentes do Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica** que com seus sinceros depoimentos, foram parceiras valiosas para a construção deste estudo.

À Prof.<sup>a</sup> Marcia, por sua dedicação e empenho durante a realização deste estudo.

À Prof.<sup>a</sup> Maria do Carmo que com seu entusiasmo contagiante pela pesquisa foi fonte de apoio e incentivo durante todo o percurso.

À Prof.<sup>a</sup> Janete, exemplo de dedicação e amor ao trabalho de pesquisa, agradeço pelas sugestões e pela criação de um espaço para discussão e estudo da pesquisa qualitativa.

Ao Prof. José Carlos que contribuiu com reflexões que ajudaram a nortear o caminho.

Ao Prof. José Newton, cuja escuta delicada, sensível e qualificada ajudou a enriquecer o trabalho.

À Veraluci e Nilza Helena, amigas e interlocutoras sempre disponíveis.

Aos meus familiares João, Bernardo, Júlia e Sílvia pelo carinho e pelo tanto que demonstram acreditar em mim.

À minha irmã Gilda, presença coerente e solidária em minha vida.

“A doença foi sem dúvida a causa final de todo anseio de criação. Criando,  
pude recuperar-me; criando, tornei-me saudável.”  
(Heinrich Heine)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
REFERÊNCIAS.....	16

### REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

ARTIGO 1 - A família no contexto das doenças gastrintestinais funcionais .....	17
Resumo.....	17
Introdução.....	17
Material e métodos.....	19
Discussão Teórica.....	20
O Cenário atual das doenças gastrintestinais funcionais.....	20
O que virá depois da família?.....	23
A constituição da identidade do sujeito .....	26
A família e o risco de adoecimento.....	30
As relações familiares e as doenças gastrintestinais funcionais.....	33
Consequências para a prática e pesquisa.....	37
Discussão.....	38
Considerações finais.....	42
Referências.....	44

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO 2 - A constipação intestinal crônica funcional em crianças e adolescentes sob a visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais.....	50
Resumo .....	50
Introdução.....	51
Métodos.....	52
Caracterização da população .....	54
Discussão .....	55
Considerações finais .....	67
Referências.....	69

COMENTÁRIOS FINAIS.....	73
-------------------------	----

ANEXOS.....	78
ANEXO 1 – Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas/UFMG com constipação intestinal crônica.....	79
ANEXO 2 – Questionário para a caracterização da população.....	80
ANEXO 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	81
ANEXO 4 – Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados na pesquisa .....	82
ANEXO 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG .....	83

## **RESUMO**

A constipação intestinal crônica funcional é uma doença comum na infância. Embora os estudos na área tenham contribuído para importantes avanços no diagnóstico e tratamento dessa doença, observa-se ainda uma prevalência relativamente elevada, porque pouco se tem feito em relação à prevenção e ao diagnóstico precoce. A forma como a constipação funcional é percebida, isto é, uma doença benigna que cura ou melhora com o tempo e/ou maturação da criança, tem como consequência um atraso na intervenção médica, às vezes até por alguns anos. Esses fatores contribuem para que a doença se agrave e sintomas como, o escape fecal, sejam responsáveis por repercussões graves na qualidade de vida das crianças e no seu desenvolvimento emocional, assim como pelo estresse familiar. A constipação funcional é hoje abordada por meio de um modelo teórico biopsicossocial, uma visão na qual os fatores causadores da doença são, fisiologicamente, plurideterminados e os aspectos psicossociais da vida do paciente e a percepção deste do seu processo de adoecimento são fatores altamente relevantes ao diagnóstico e tratamento. Nessa perspectiva, a abordagem familiar tem sido apontada como mais eficaz. A importância médica, epidemiológica, social e psicológica da constipação funcional, associada à escassa literatura no que se refere à percepção e vivência das mães sobre essa doença em nosso meio, foram fatores decisivos na escolha do tema desta pesquisa. O estudo é apresentado sob a forma de dois artigos: o primeiro, trata da influência da família no processo de adoecimento e cura, ressaltando a relevância dessa abordagem no contexto das doenças gastrointestinais funcionais. O segundo, é um estudo qualitativo, por meio do qual se procurou conhecer as percepções das mães de crianças e adolescentes sobre a doença e o seu tratamento. Quatorze mães de crianças e adolescentes que estavam tratando de constipação intestinal crônica funcional há pelo menos seis meses, em um Ambulatório de Gastroenterologia



Pediátrica em Belo Horizonte, foram entrevistadas e os resultados foram analisados de acordo com a teoria da análise do discurso. As percepções das mães foram agrupadas em quatro categorias: “definição, causas e fatores que agravam a constipação funcional”; “cognições, sentimentos e atitudes diante da criança constipada”; “repercussões familiares e sociais da constipação funcional” e “percepções sobre a cura, tratamento e atendimento médico”. O estudo possibilitou evidenciar o conhecimento do senso comum que serve de guia para a ação e a leitura da realidade construída pelas mães. Observou-se que essa visão é construída na interação e no contato com os discursos que circulam no espaço público, além de ser permeado pela forte carga emocional que, em muitos casos, é mobilizada pela doença. Observou-se uma diferença significativa entre o discurso das mães de crianças cujo tratamento havia sido iniciado mais precocemente e/ou apresentava melhores resultados e o das mães de pacientes (geralmente pré-adolescentes ou adolescentes) com escape fecal e, em especial, naqueles que apresentavam histórico de longa duração desse sintoma. Nesse último grupo, intensos sentimentos de culpa e agressividade que, algumas vezes levavam ao descontrole pulsional, foram observados. Esses aspectos apontam para a importância da prevenção da constipação crônica funcional. Intervenções que promovam a educação para a saúde, direcionada a profissionais das áreas, médica e educacional, parecem ser prementes. Incluir, na rotina dos atendimentos desses pacientes, um espaço para a escuta das mães é também uma necessidade que ficou evidente após este estudo, já que é sobre as mães que recai a maior sobrecarga do tratamento; assim, os fortes sentimentos mobilizados pelos sintomas da criança permanecem, muitas vezes, reprimidos, o que não os torna inócuos, mas pelo contrário, são fatores que atrapalham ou impedem a condução adequada do tratamento e favorecem o estresse ou até mesmo o adoecimento materno.

## **ABSTRACT**

Functional constipation is a common pediatric problem. Although recent advances have contributed to improve the diagnostic and treatment of this disease, it is yet highly prevalent. Few efforts have been made in order to prevent it. Common sense and even physicians often believe that constipation is a benign disease in childhood and that children will “grow out of it”. Thus, a constipated child frequently remains untreated for many years and the disease affects their emotional and social functioning and also stresses his or her family. Nowadays, a biopsychosocial model is being proposed to understand this illness and its symptoms, showing that they are physiologically multidetermined and can be modified by sociocultural and psychological influences. A patient’s perceptions about his or her illness are also pointed out as relevant aspects to be accessed by physicians. Family-centered care is recommended as an important strategy to increase the effectiveness of the treatment. The decision to investigate a mother’s perceptions of chronically constipated children was based on both, the medical, epidemiological, social and psychological relevance of this disease and on the fact that few studies about this aspect have been conducted in Brazil. This study contains two articles: the first shows the central role of the family on child’s health and emphasizes the family-centered care as a new trend in the context of gastrointestinal disorders. The second is a qualitative study that explores mother’s perceptions and management of functional constipation in her children. The author conducted in-depth interviews with mothers of fourteen children receiving health interventions in a public tertiary gastropediatric center in Belo Horizonte, Brazil, for six months or longer. Four themes emerged from the analysis: “definitions, causes and factors related to

constipation”; “concerns, feelings and attitudes towards constipated child”; “family and social repercussion of the functional constipation” and “perceptions about cure, treatment and health care”. Strong and negative feelings such as guilty and angry were related mainly among mothers of children with fecal soiling (mainly adolescents) and long history of these symptoms. The scene was quite different among those whose children had no fecal soiling or received early therapeutic intervention. The findings offer an insight into the mother’s experiences with functional constipation in Brazil and indicate the need of health promoting education addressed to physicians and teachers in order to prevent chronicle constipation. A more sensitive approach for the mothers, including a therapeutic setting to facilitate the expression of their feelings towards their children is also recommended. We believe that these findings highlight the clinical significance of a mother’s perceptions and attitudes in the treatment of chronicle constipation and provide insights into one facet of the disease’s biopsychosocial etiology.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é um desdobramento de um projeto que já vem sendo desenvolvido no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ver ANEXO 1), e tem como objetivo focar a constipação intestinal crônica funcional em crianças.

A constipação intestinal crônica funcional (CICF)<sup>1</sup> em crianças e sintomas associados - dor abdominal, encoprese e escape fecal – são motivos frequentes de consultas a hospitais e ambulatórios de pediatria.

No Setor de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG, em concordância com os critérios definidos pelo consenso de Roma III, a CICF é definida, em crianças acima de quatro anos de idade, pela presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas: menos de três evacuações no vaso, por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal semanal; história de comportamento retentivo ou excesso de retenção intencional de fezes; história de defecações ou movimentos intestinais dolorosos; presença de massa fecal no reto; histórico de fezes que entopem o vaso sanitário. A duração dos sintomas deve ser de, no mínimo, dois meses (Rasquin *et al.*, 2006).

No Brasil, os estudos realizados em ambulatórios de pediatria, creches e centros de saúde mostram que as prevalências da CICF variam de 14,7% a 38,4%, sendo que, na clínica de gastroenterologia pediátrica, ela aparece como principal motivo de consulta, atingindo percentuais entre 10 e 25% (Morais *et al.*, 2000; Melo *et al.*, 2003).

A partir de 1993, alguns membros do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG formaram um grupo de estudos de Constipação Intestinal Crônica com o objetivo de conhecer, de forma mais profunda e ampla, essa entidade clínica,

---

<sup>1</sup> A partir deste momento, a expressão constipação intestinal crônica funcional será grafada através da sigla CICF.

altamente prevalente em nosso meio (Melo & Torres, 2004). Durante os anos que se seguiram, além dos médicos, constituiu-se uma equipe multiprofissional, composta por nutricionista, técnico de enfermagem, psiquiatra infantil e, posteriormente, a colaboração de uma psicóloga.

No cotidiano do atendimento ambulatorial, são, quase sempre, as mães que comparecem às consultas. As colocações delas e as observações feitas pelas crianças confirmam o que é descrito na literatura: o estresse materno e familiar, a baixa qualidade de vida das crianças que evitam contatos sociais; as restrições de vida social para evitar constrangimentos; o prejuízo na aprendizagem escolar devido ao absenteísmo. O referencial que as mães têm, para lidar com a doença, é o conhecimento comum que descreve a constipação intestinal como uma doença infantil benigna que “passa com o tempo”. A persistência dos sintomas e o seu agravamento acabam por tornar evidente o fato de que essa visão não abarca adequadamente a realidade da doença. A situação se complica na medida em que, mesmo no meio médico, a constipação funcional, até pouco tempo, não tinha uma definição clara e/ou consensual. Por essa razão, quando os pacientes com CICF chegam ao ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica, já passaram por várias consultas médicas, em outros serviços, sendo que, na maioria das vezes, também apresentam complicações emocionais e/ou orgânicas.

Em agosto de 2003, a pesquisadora iniciou um trabalho de escuta das mães de crianças com diagnóstico de CICF, a partir do qual foi se tornando evidente como a percepção que essas mães têm da doença, a reconstrução singular que fazem do discurso científico veiculado nas consultas e palestras e os sentimentos vivenciados são parte indissociável da forma como o tratamento acontece, sua evolução e dificuldades para realizá-lo. A visão das mães, aqui tomada em um sentido amplo, que abarca sentimentos, atitudes, cognições, é o que serve de guia para sua ação e instrumento de leitura da realidade.

A importância médica, epidemiológica, social e psicológica da CICF infantil, associada à literatura escassa no que se refere à percepção e vivência das mães sobre a mesma, foram fatores decisivos na escolha do tema deste projeto, com o objetivo de se buscar conhecer as crenças, fantasias e atitudes maternas sobre o problema de uma forma mais sistematizada e científica.

Acreditamos que esta pesquisa venha a ser uma contribuição relevante ao trabalho da equipe do Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, na medida em que fornecerá material para a identificação de pontos importantes a serem incluídos na agenda da atenção primária à criança com diagnóstico de CICF.

Este estudo será apresentado em formato que se enquadra nas novas determinações do Colegiado de Pós-graduação em Ciências da Saúde Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente. Tais recomendações permitem que as dissertações de mestrado e teses de doutorado sejam apresentadas sob a forma de artigo(s) científico(s), visando aumentar a divulgação e o alcance dos estudos científicos realizados no âmbito da Faculdade de Medicina da UFMG. As normas seguidas para a elaboração da dissertação foram as da ABNT.<sup>2</sup> Os artigos foram elaborados de acordo com os critérios da Revista *Cadernos de Saúde Pública*.

O conteúdo dos artigos origina-se de pesquisas realizadas nos sites *Periódicos CAPES*, *Pubmed*, *Medline* e *Googlescholar*, abrangendo o período de 1992 a 2007, com exceção do artigo de Bellman (1966). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: criança (*child*), adolescente (*adolescent*), distúrbios gastrointestinais funcionais (*functional gastrointestinal disorders*), família (*family*), dor abdominal (*abdominal pain*), constipação (*constipation*); relação entre pais e filhos (*parent child relationship*); relação médico-paciente (*patient-physician relationship*).

---

<sup>2</sup> Tomamos como referência: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724:** informação e documentação trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro, jan. 2006.

O trabalho tem a seguinte estruturação:

1. Revisão crítica da literatura sobre as doenças gastrointestinais funcionais na infância e adolescência, abordando as implicações das relações familiares no processo de adoecimento e tratamento. Trabalho apresentado sob a forma de artigo, intitulado: **A família no contexto das doenças gastrointestinais funcionais: uma revisão crítica**, que será submetido à publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*.

2. Seção de resultados e discussão. Essa parte do trabalho também é apresentada sob a forma de artigo, com o título: **A Constipação intestinal crônica funcional em crianças e adolescentes na visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais**. Este também será submetido à publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*.

3. Seção de comentários finais.

4. Anexos:

Anexo 1: Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas/UFMG com constipação intestinal crônica.

Anexo 2: Questionário para a caracterização da população.

Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido.

Anexo 4: Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados na pesquisa.

Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

**REFERÊNCIAS**

MELO, Maria do Carmo Barros *et al.* Constipação Intestinal. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.13, n.4 supl.2, p.34-43, dezembro 2003.

MORAIS, Mauro Batista de; MAFFEI, Helga Verena L. Constipação intestinal. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.76, supl. 2, p.147-156, 2000.

RASQUIN, A. *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. **Gastroenterology**, v.130, n.5, p.1527-1537, april 2006.



## REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

### **A família no contexto das doenças gastrointestinais funcionais infantis: uma revisão crítica**

#### **Resumo**

*O presente artigo apresenta uma revisão crítica da literatura sobre a importância da inserção da família no diagnóstico e tratamento das doenças gastrointestinais funcionais (DGIFs) infantis. Discorre sobre a importância da família para a compreensão da complexidade e do adequado atendimento aos distúrbios gastrointestinais na infância. O grupo familiar é visto como fator básico na constituição da identidade do sujeito e como o contexto social mais importante dentro do qual a doença ocorre e é resolvida, devendo ser, portanto, considerado uma unidade básica na atenção à saúde infantil. As crenças e atitudes parentais referentes à doença e a capacidade de suporte familiar são fatores relevantes no desencadeamento das doenças e resposta ao tratamento, como é demonstrado pelas pesquisas na área. A caracterização de famílias de risco e estratégias para a abordagem familiar são destacadas. É, também, discutida, no artigo, a questão da implicação da criança em seu sintoma e a progressiva responsabilização desta com seu tratamento, o que contribui para a melhor evolução do quadro.*

#### **Introdução**

Partindo do modelo biopsicossocial proposto para a abordagem das doenças gastrointestinais funcionais na infância, o artigo visa mostrar, por meio de uma revisão crítica dos estudos na área, a implicação do fator familiar no processo de adoecimento e evolução desses distúrbios.

Embora seja bastante reconhecido que o processo de adoecimento esteja relacionado à interação do indivíduo com seu ambiente, a prática da atenção à saúde mostra-nos um quadro no qual se estabelece uma fronteira artificial entre o indivíduo e seu contexto social<sup>1</sup>.

No que se refere ao atendimento da saúde infantil, a situação se complica. Nesse contexto, a criança está, desde o início, submetida ao desejo dos pais e às circunstâncias de sua realidade familiar; são os pais que demandam o tratamento, muito raramente é a criança que o faz. A adesão, continuidade ou interrupção do tratamento vai depender da deliberação dos responsáveis.

O presente estudo discute sobre a questão familiar e a circularidade da relação do indivíduo com sua unidade social primária. Devido ao fato de o foco ser o tratamento da criança, este estudo aborda o processo de constituição da identidade do sujeito, processo que ocorre no contexto das relações familiares, fazendo uma reflexão sobre o elevado grau de dependência de todo ser humano do seu semelhante, condição esta mais acentuada na situação do sujeito na infância.

Bustamante<sup>2</sup> chama atenção para o fato de que estudar a relação entre a vida familiar e a saúde torna-se bastante relevante no momento atual, no qual o Programa Saúde da Família (PSF) tem o propósito de reorientar os modelos assistenciais vigentes, por intermédio da reorganização da atenção básica, tendo a família como objeto de intervenção. As pesquisas atuais na área das DGIFs na infância apontam para a maior eficácia de um atendimento quando este envolve a família.<sup>3</sup> As crenças e atitudes dos pais e crianças em relação a doença são fatores apontados como relevantes na compreensão e correta abordagem da saúde infantil<sup>4,5,6</sup>.

Saúde e doença são processos cuja compreensão têm ocorrido por meio de abordagens cada vez mais amplas e integradas. A maioria dos textos revisados tem como objetivo

socializar o conhecimento, incentivar e valorizar a abordagem familiar das DGIFs e contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas.

### **Material e Método**

O conteúdo do presente artigo origina-se de pesquisas realizadas nos sites “Periódicos CAPES, Pubmed, Medline e Googlescholar, no período de 1992 a 2006, com exceção do artigo de Bellman (1966), a partir das seguintes palavras-chave: criança (*child*), adolescente (*adolescent*), distúrbios gastrintestinais funcionais (*functional gastrointestinal disorders*), família (*family*), dor abdominal (*abdominal pain*), constipação (*constipation*) e a relação entre pais e filhos (*parent child relationship*). Esta revisão compreende: 31 artigos completos, 7 resumos, 4 capítulos de livros, 17 livros e dois verbetes de dicionário. O material foi analisado no que se refere às suas contribuições para o tema em questão. A vivência da pesquisadora no atendimento às mães e crianças atendidas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no período de agosto de 2003 a outubro de 2006, foi registrada em diário de campo e utilizada para dialogar com os conteúdos originados da literatura.

O referencial teórico adotado na abordagem da família é o da teoria sistêmica. Minuchin<sup>1</sup> coloca que a vida psíquica de um indivíduo não é um fenômeno interno, mas um processo que se modifica na interação com o mundo que o circunda numa relação de circularidade. O ser humano é membro ativo e reativo de grupos sociais e o que ele experimenta como real depende de componentes tanto internos quanto externos. A descrição do processo de constituição da identidade do sujeito está baseada na teoria psicanalítica.

## **Discussão Teórica**

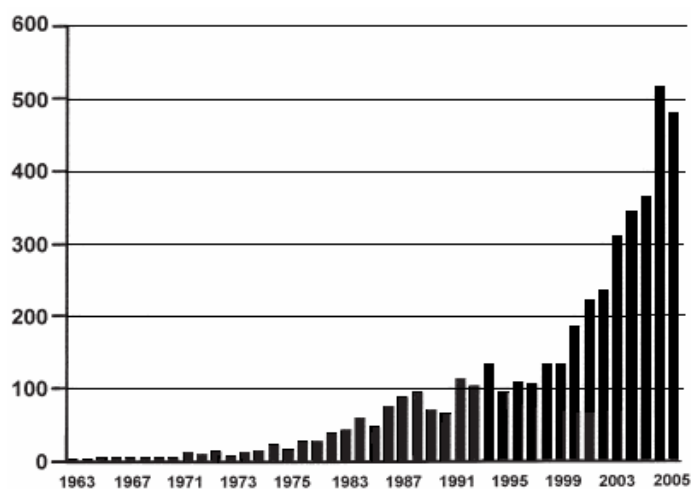
### **O cenário atual das doenças gastrintestinais funcionais**

As doenças gastrintestinais funcionais são entidades complexas que levantam questões não redutíveis a esquemas simples. A hiperespecialização, característica de algumas décadas atrás, trouxe importantes avanços científicos, mas o enfoque estritamente biomédico deixava de lado aspectos importantes do objeto de estudo, negligenciando, principalmente, seu laço indissolúvel com os seus aspectos sociais e psicológicos<sup>7</sup>. Esse modelo mostrou-se inadequado, sobretudo pelo fato de esses distúrbios não possuírem uma causa orgânica passível de ser identificada por um patologista e, por isso, classificados como funcionais. Em consequência disso, durante muito tempo, esses distúrbios só existiram nas queixas dos pacientes e na ausência de sinais clínicos e laboratoriais de doença orgânica; assim, até recentemente, utilizava-se o critério de exclusão de doenças orgânicas para a identificação das doenças funcionais<sup>4</sup>.

O cenário começou a apresentar importantes mudanças a partir da década de 70, quando se observou um notável crescimento no interesse pelas DGIFs, demonstrado pelo aumento de publicações científicas sobre o tema, resultando no reconhecimento clínico dessas entidades<sup>4,8</sup>.

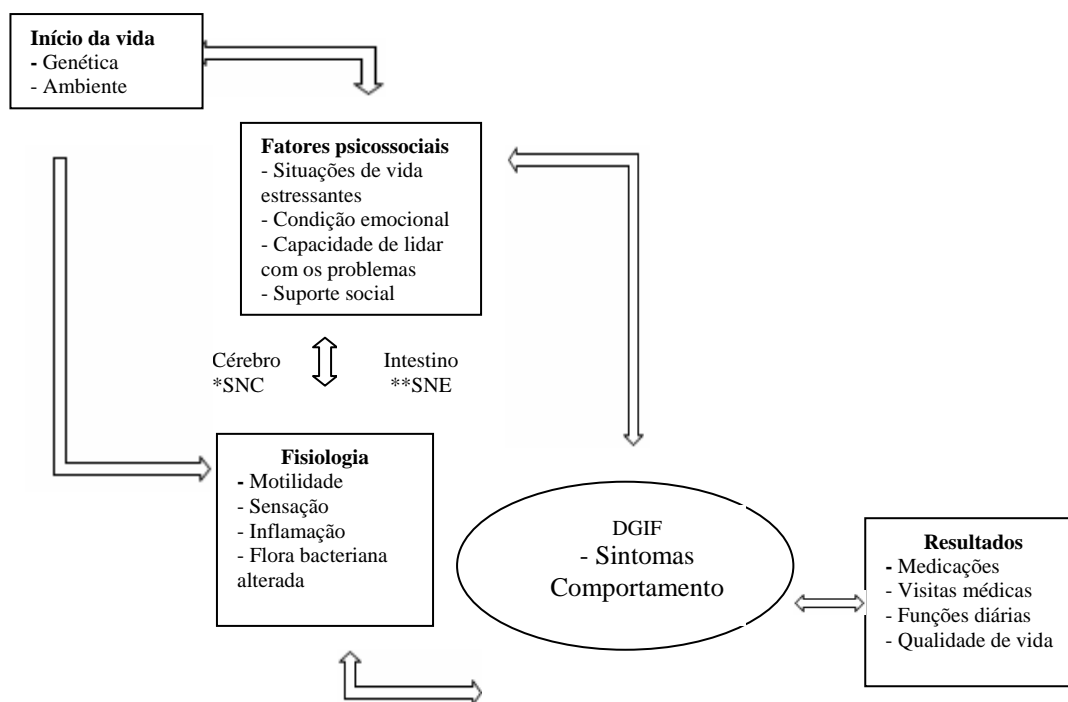
Para exemplificar esse fato, o gráfico 1 mostra, de forma bem clara, o aumento crescente do número de publicações sobre uma das DGIFs mais prevalentes, a síndrome do intestino irritável, no período compreendido entre 1963 e 2005; esse achado nos leva a refletir se houve um aumento na incidência ou no interesse dos pesquisadores sobre o tema, instigados pela insuficiência das respostas originadas das abordagens tradicionais.

**GRÁFICO 1.** Número de pesquisas da Pubmed sobre a síndrome do intestino irritável entre 1963 e 2005.



Fonte: Thompson, 2006<sup>8</sup>.

Outro fato importante foi a iniciativa de um grupo de 87 especialistas da área, reconhecidos internacionalmente e representando 18 países, que, com o objetivo de avançar na compreensão da “*ciência das DGIFs*” e seu tratamento, vêm se reunindo periodicamente para discutir e estabelecer parâmetros clínicos sobre as referidas doenças. Numa tentativa de classificação e universalização das doenças funcionais do trato digestivo, em adultos e crianças, foram estabelecidos parâmetros clínicos denominados “critérios de Roma”. Essa iniciativa é conhecida como “*The Rome Process*”. Em 2006, foi publicada a terceira atualização, denominada Roma III<sup>4,8</sup>. Em concordância com os novos paradigmas de abordagem do processo saúde/doença, o Roma III propõe uma abordagem biopsicossocial dos distúrbios gastrointestinais funcionais. Trata-se de uma visão integrada, segundo a qual os sintomas seriam fisiologicamente determinados e modificados por influências socioculturais e psicossociais. O modelo conceitual exposto na figura 2 sintetiza essa visão<sup>4</sup>.

**FIGURA. 1 - DGIF - Modelo conceitual**

\*SNC: sistema nervoso central.

\*\*SNE: sistema nervoso entérico.

Fonte: Drossman, 2006<sup>4</sup>.

O modelo biopsicossocial reflete a tendência atual na abordagem do processo de adoecimento. Minayo<sup>9</sup> reforça e amplia essa visão ao destacar os aspectos culturais e sociais envolvidos no processo saúde doença: “Neste sentido saúde /doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação ou tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos ‘científicas’, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam”<sup>9</sup>.

Esse modelo destaca a família como fator de alta relevância na abordagem das DGIFs, em qualquer época da vida do paciente, sendo tal relevância maior na atenção à saúde infantil.

### **“O que virá depois da família”?**

*“A família: modificada, transfigurada, com outra identidade, com outro modo de ser e resistir”<sup>10</sup>.*

A importância da família na sobrevivência da sociedade e no desenvolvimento do indivíduo é constantemente afirmada pela literatura.

Roudinesco<sup>11</sup> refere-se à afirmação de Claude Levi-Strauss segundo a qual a formação de grupos familiares está presente praticamente em todas as sociedades humanas, mesmo naquelas cujos hábitos sexuais e educativos são muito distantes dos nossos.

O homem sobrevive em grupos. O desamparo do ser humano no início da vida exige que ele tenha um outro que desempenhe a função materna de alimentá-lo, protegê-lo e ensinar-lhe. A sobrevivência humana, em todas as sociedades, tem essa marca da vida grupal que varia em seu grau de organização e diferenciação de acordo com a cultura.

As variantes socioculturais e econômicas determinam as diferenças nas tarefas das famílias, mas algumas delas possuem raízes universais, como, por exemplo, a proteção social de seus membros e a acomodação e transmissão da cultura<sup>1</sup>. Nas palavras de Jacob L. Moreno, a família é a “placenta social” do indivíduo<sup>12</sup>.

O grupo familiar, sob o ponto de vista da teoria sistêmica<sup>1</sup>, é uma estrutura que encerra um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros de uma família interagem. Transações repetidas estabelecem padrões transacionais de como, quando e com quem se relacionar e esses padrões reforçam o sistema<sup>1</sup>.

Vasconcelos<sup>13</sup> conceitua “sistema” partindo da concepção de Bertalanffy que o define como um complexo de elementos em interação ou um conjunto de componentes em estado de interação. A existência de relações entre os componentes é um aspecto central que identifica o sistema como entidade, distinguindo-o de um simples aglomerado de partes independentes umas das outras. No contexto familiar, o comportamento de um indivíduo afeta e é afetado pelo comportamento do outro numa relação de circularidade. O pensamento sistêmico parte do pressuposto de que a vida psíquica do indivíduo não é um fenômeno interno, mas um processo que se modifica na interação com o mundo que o circunda. O ser humano é um membro ativo e reativo de grupos sociais<sup>1</sup>. Diversamente das abordagens que privilegiam a dinâmica do indivíduo, a visão sistêmica focaliza as questões vividas pelo ser humano, incluindo o processo saúde/doença, como fenômenos que se inter-relacionam em maior ou menor grau de intensidade no curso de sua existência<sup>14</sup>.

A interdependência e o apagamento de fronteiras entre a vida individual e o contexto familiar são enfatizados pela teoria sistêmica. Bateson *apud* Minuchin<sup>1</sup> propõe uma metáfora para a mente na qual a dicotomia entre espaço interno (individual) e externo (meio ambiente) é suprimida: “*Considerare um homem, cortando uma árvore com um machado. Cada golpe do machado é modificado ou corrigido com a forma da superfície cortada da árvore, deixada pelo golpe anterior. Este processo corretivo é levado a cabo por um sistema total, árvore-olhos-cérebro-músculos-machado-golpe-árvore; e é este sistema total que tem as características da... mente*”<sup>1</sup> (p.15).

Fonte de normalidade e suporte para o desenvolvimento do indivíduo, a família está na origem de todas as formas de patologias psíquicas como nos é apontado pela psicanálise, além de ter influência decisiva sobre o desencadeamento e evolução de qualquer tipo de patologia<sup>11</sup>.



Torna-se importante esclarecer a que tipo de configuração estamos nos referindo quando usamos o termo família. De acordo com Ariés<sup>15</sup>, a constituição da família nuclear burguesa, composta por pai, mãe e filho(s), inicia-se no século XVIII, juntamente com a valorização social da infância e a valorização da maternidade. Embora a família nuclear na sociedade ocidental tenha predominado por séculos, o cenário atual é bastante diversificado. Defrontamo-nos hoje, com sistemas familiares que, até há pouco tempo, seriam considerados ilegais ou impensáveis. O modelo nuclear é, hoje, insuficiente para abarcar a realidade das famílias brasileiras, especialmente das camadas populares<sup>2, 16</sup>. Nelas, os projetos de vida se constroem em função do grupo e não do indivíduo. A rede de obrigações se sobrepõe aos “laços de sangue” e, com exceção da relação entre pais e filhos, as relações com parentes só se estabelecem se, com eles, for possível dar, receber e retribuir<sup>2</sup>. Fonseca<sup>17</sup> refere-se à “circulação de crianças”, citando que, com frequência, elas podem ser entregues aos parentes para que cuidem delas, de forma temporária ou definitiva. Devido a esse fator, a relação entre pais e filhos, muitas vezes, não tem a característica de exclusividade observada em outras camadas sociais.

As diversas modalidades de união livre e de família recomposta parecem evidenciar como o sistema familiar, seguindo as transformações sociais, se perpetua sob formas renovadas. A sociedade não sobrevive sem as estruturas familiares, mas de acordo com Roudinesco<sup>11</sup>, a família do futuro deverá ser reinventada.

Normalmente, é no contexto familiar que a identidade do ser humano começa a se estabelecer por meio de suas relações com os pais ou pessoas que exerçam as funções materna e paterna. Como esse processo ocorre e quais as condições necessárias para que aconteça é o que passaremos a discutir agora sob o ponto de vista da psicanálise.

## **A constituição da identidade do sujeito**

*“Mãe, eu estou com frio?”*

*(Uma criança de dois anos pergunta para sua mãe)<sup>18</sup>*

Antes de entrarmos na descrição do processo de constituição do sujeito, torna-se necessário precisar alguns aspectos implícitos nesse percurso: definir o termo sujeito diferenciando o seu significado na filosofia e na psicanálise, precisar o tipo de família à qual a psicanálise se refere e, finalmente, fazer algumas considerações sobre o amor materno.

Para a filosofia, o sujeito é definido como o homem enquanto fundamento de seus próprios pensamentos e atos, configurando-se como a essência da subjetividade humana no que ela tem de universal e singular. Na acepção própria da filosofia ocidental, o sujeito é definido como sujeito do conhecimento, do direito ou da consciência<sup>19</sup>. Na psicanálise, de acordo com Roudinesco<sup>19</sup>, Freud empregou esse termo, mas foi Jacques Lacan quem estabeleceu a noção lógica e filosófica do conceito, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo. A constituição do sujeito para a psicanálise é uma experiência que se opõe a qualquer filosofia oriunda do cogito<sup>19</sup>. Nessa perspectiva, o inconsciente aparece como lugar autônomo que se constitui separadamente do campo da consciência. Diferentemente da perspectiva filosófica, o sujeito para a psicanálise não se localiza na consciência, mas no inconsciente.

As considerações teóricas da psicanálise baseiam-se no modelo de família nuclear burguesa. Seria válida sua aplicação sobre outros arranjos familiares? As conseqüências sobre os sujeitos decorrentes das várias configurações familiares abrem hoje um instigante campo para a investigação e, seus impactos, só agora começam a ser percebidos e estudados. Contudo, pensamos que esse referencial teórico ainda seja

válido para pensar a questão na medida em que, a partir de Lacan, enfatiza-se a função. A criança só se constitui como sujeito porque alguém, geralmente a mãe e o pai, mas podem ser outros membros do contexto familiar da criança, “funcionou” de uma determinada forma exercendo determinados papéis na relação estabelecida com ela.<sup>20</sup>

Quanto ao amor materno, esse sentimento é freqüentemente pensado como inato ou inscrito na natureza feminina. Não podemos deixar de considerar, entretanto, a realidade apontada pelos estudos histórico-antropológicos: a variabilidade da manifestação do sentimento de maternidade, no que se refere à forma e intensidade. Até meados do século XVIII, a infância tinha pouca importância social, sendo algo desvalorizado e nada elegante para uma mulher envolver-se com os cuidados de um filho ou amamentá-lo. Tais funções eram desempenhadas por uma ama de leite<sup>21</sup>. Segundo Badinter<sup>21</sup>, teria sido o filósofo Jean Jacques Rousseau que cristalizou novas idéias que deram impulso à formação da família moderna, isto é, a família fundada no amor materno. Não se nega que esse sentimento possa sempre ter existido, mas sua exaltação como um valor, ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, só ocorreu a partir do século XVIII<sup>21</sup>.

Na psicanálise, Freud<sup>22</sup> assinala a importância dos anos iniciais da vida no desenvolvimento emocional da criança, sendo a família o lócus potencialmente produtor de indivíduos saudáveis ou com desequilíbrios.

Winnicott<sup>23</sup> comenta que uma provisão ambiental suficientemente boa na fase inicial da vida permite que o bebê “comece a existir”, a ter experiências que irão ajudá-lo a construir um ego pessoal. Enfatiza que é essencial que o indivíduo comece a sua experiência de vida no “*meio ambiente especializado*”, por ele denominado “*preocupação materna primária*”.

Do ponto de vista da psicanálise, a relação da criança com a mãe (ou outro ser humano que desempenhe essa função) é estruturante para a formação da identidade<sup>20</sup>.

Antes mesmo de nascer, a criança já é falada pelo “Outro”. Desde o seu nascimento, ela se defronta com um mundo simbólico que a antecede; são nomeações (que incluem a escolha do seu nome), adjetivações e mitos familiares que irão fazer parte de sua história<sup>24</sup>.

No presente texto, utiliza-se o termo “Outro” para representar o grande “Outro” da cultura e, o termo “outro”, para se referir ao ser humano representante ou veículo do primeiro.

Lacan<sup>25</sup>, em sua formulação do estágio de espelho, mostra como o acesso da criança à sua imagem passa pelo olhar do outro. O estado de relativa imaturidade física e simbólica do ser humano ao nascer implica que este só possa ver o seu ser mediado pelo olhar do outro: *“O estágio de espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental”*<sup>25</sup>.

Durante este período da vida, que vai, aproximadamente, dos seis meses aos dois anos e meio, a relação da criança com seu semelhante revela que é, sobretudo no outro que ela se vivencia e se orienta. A pergunta: “Mãe, eu estou com frio?” colocada na introdução desse subtítulo do artigo, expressa, de forma muito clara, o estado de assujeitamento da criança ante o outro, a mãe, nessa fase do seu desenvolvimento.

A mãe serve de espelho simbólico e exerce uma função estruturante, ao oferecer um lugar de identificação possível ao filho (a). Por outro lado, a criança ocupa um lugar privilegiado no desejo materno, sendo para ela, uma promessa de completude<sup>20</sup>.

Para que a função materna seja cumprida, é necessário que ela seja individualizada e constante. Os estudos de René Spitz<sup>26</sup> em crianças institucionalizadas demonstraram as conseqüências da ausência de um ambiente que propicie a experiência do processo descrito acima. Nesse estudo, algumas crianças, muito bem assistidas em suas necessidades orgânicas, não se desenvolveram normalmente. Apresentaram doenças que podiam ser diagnosticadas como orgânicas e quadros de depressão e marasmo, sendo que algumas faleceram.

Na visão da psicanálise, portanto, uma parte da subjetividade humana é inconsciente. O ponto de vista lacaniano afirma que é do Outro primordial, “pré-histórico”, que o sujeito forma sua estrutura singular<sup>24</sup>.

No decorrer do seu processo de desenvolvimento, a criança deverá superar a alienação inicial. Isso se torna possível em decorrência de dois fatores principais: por um lado, o Outro é incompleto, não tem todas as respostas e a linguagem não diz tudo; por outro, a função paterna tem o papel de colocar leis ao absolutismo dessa primeira relação<sup>27</sup>. A função paterna, dessa forma, introduz a interdição ou a lei que regulamenta as relações humanas e submete o prazer ao princípio da realidade. O pai representa a cunha interposta entre mãe e filho para sinalizar a este a necessidade de renunciar à posse da mãe e dar curso a seu processo de individuação<sup>28</sup>.

## **A família e o risco de adoecimento**

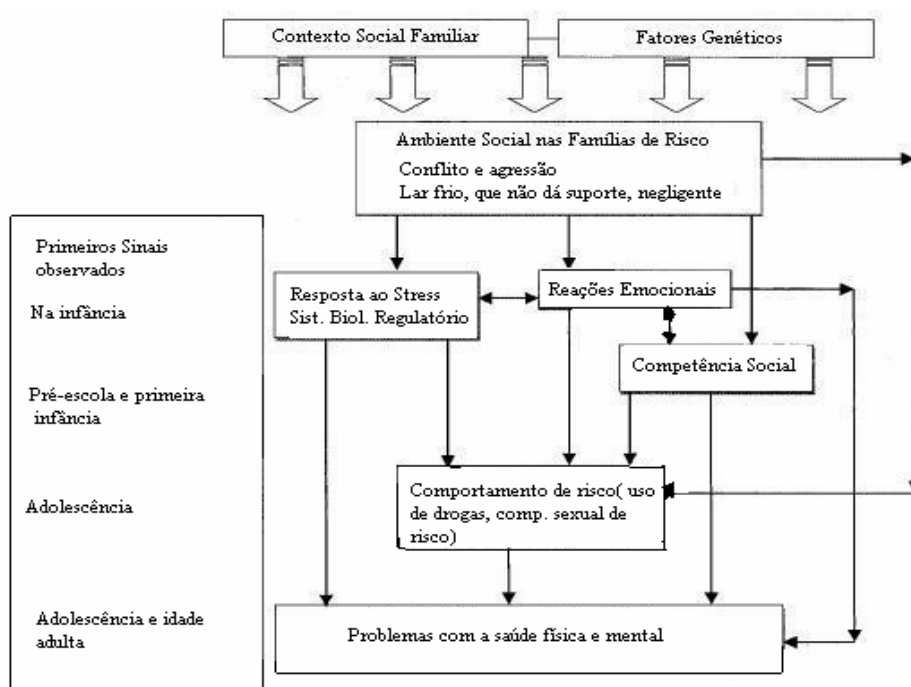
*“Visto minha filha de preto para ninguém ver que ela ta suja de cocô.”  
(fala de uma mãe)<sup>18</sup>*

Em epidemiologia, o fator de risco é definido como um conjunto de características associadas a uma maior probabilidade de uma doença ocorrer. Existem fatores de risco genéticos, infecciosos, tóxicos (drogas ou toxinas encontradas no ambiente físico) e fatores que fazem parte do ambiente social<sup>29</sup>.

Estudos clínicos apontam que a influência familiar pode derivar de três fontes: da genética, do compartilhamento de um mesmo ambiente físico e das relações funcionais. Essas últimas incluem as crenças e comportamentos relativos à saúde e à doença, os estresses comuns, a capacidade de obter recursos para o cuidado da saúde na comunidade e as relações interpessoais benéficas ou deletérias<sup>30</sup>.

Repetti *et al.*<sup>31</sup> descreveram as famílias de risco para o adoecimento da criança, como aquelas nas quais ocorre conflito e agressão; sustentação emocional insuficiente, pouco controle do comportamento da criança ou falta de disciplina. O impacto sobre a criança e sua saúde, em tais famílias, pode ser tanto direto quanto indireto. Os primeiros podem ser observados nas agressões e abusos ou na negligência que coloca a criança em situações de risco; os indiretos decorrem dos efeitos sustentados ou desencadeados pela perda da capacidade de auto-regulação emocional da criança, influenciando na sua resposta, fisiológica e neuroendócrina, ao estresse. A figura 2 destaca os aspectos de risco existentes nessas famílias e as possíveis conseqüências para os indivíduos.

FIGURA 2 - Famílias de Risco



Fonte: Repetti *et al.*<sup>31</sup>, 2002.

Na pediatria, as relações entre família e saúde infantil têm sido alvo de crescente interesse, aproximando pediatras e pesquisadores envolvidos com aspectos sociais e comportamentais. Em alguns casos, por exemplo, de violência ou abuso, a situação familiar torna-se o foco da atenção no contexto do tratamento. O estudo de Levy<sup>32</sup> demonstra que pacientes com história de abuso sexual na infância queixam-se mais de dor abdominal, sintomas somáticos múltiplos e submetem-se a um maior número de cirurgias ao longo da vida do que os que não passaram por tal experiência.

Numerosas pesquisas tornam clara ao pediatra a necessidade de tratar e manter a saúde da criança no contexto familiar. Em 1988, o comunicado do *Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health da American Academy of Pediatrics* ressaltava a grande perda decorrente da atitude do pediatra em subestimar a importância de suas interações com a família do paciente<sup>3</sup>.

Minkovitz *et al.*<sup>33</sup> (1998), pesquisando as práticas pediátricas mais comuns no atendimento aos bebês, observaram que apenas um terço dos profissionais procurava

avaliar os fatores de riscos provenientes do ambiente familiar no desenvolvimento da doença, durante a consulta.

A abordagem da família pelo pediatra é também destacada por Green<sup>34</sup> e Coleman & Howard,<sup>35</sup> ao afirmarem que a estratégia de tratamento focada na família é mais eficaz e traz resultados mais rápidos do que a estratégia de atendimento centrada somente no paciente.

Wertlieb<sup>3</sup>, além de enfatizar a abordagem biopsicossocial na pediatria, chama atenção para uma tendência atual nas pesquisas voltadas para as famílias e sua implicação na saúde-doença. Ao contrário de épocas anteriores, quando havia tendência de se pesquisarem as patologias familiares, atualmente, procura-se conhecer as características das famílias “bem sucedidas” ou das famílias resilientes. Esses são grupos familiares dotados de características, como: um sistema particular de crenças, uma dinâmica familiar na qual as pessoas convivem, têm conectividade e suporte social. Tais características facilitariam a capacidade de dar suporte e de reagir de forma construtiva diante das adversidades da vida. O autor ressalta que os resultados positivos na saúde infantil são mais prováveis de acontecer nas famílias resilientes.

O panorama atual oferecido pelas pesquisas na área das doenças gastrintestinais infantis, como pudemos observar, coloca a família como fator importante dentro de uma abordagem biopsicossocial<sup>3, 4, 5, 6, 34</sup>, e destaca a importância de estratégias de inclusão da família no tratamento e promoção da saúde da criança<sup>3, 36</sup>.

As pesquisas ressaltam que a família tem influência significativa na saúde, superando ou se igualando a outros fatores de risco. As intervenções no contexto familiar reduzem o risco de recaídas, maximizam as oportunidades de recuperação da saúde e aumentam o bem-estar familiar<sup>37</sup>.



## As relações familiares e as doenças gastrointestinais funcionais infantis

“Um menino veio desse cagando na calça”

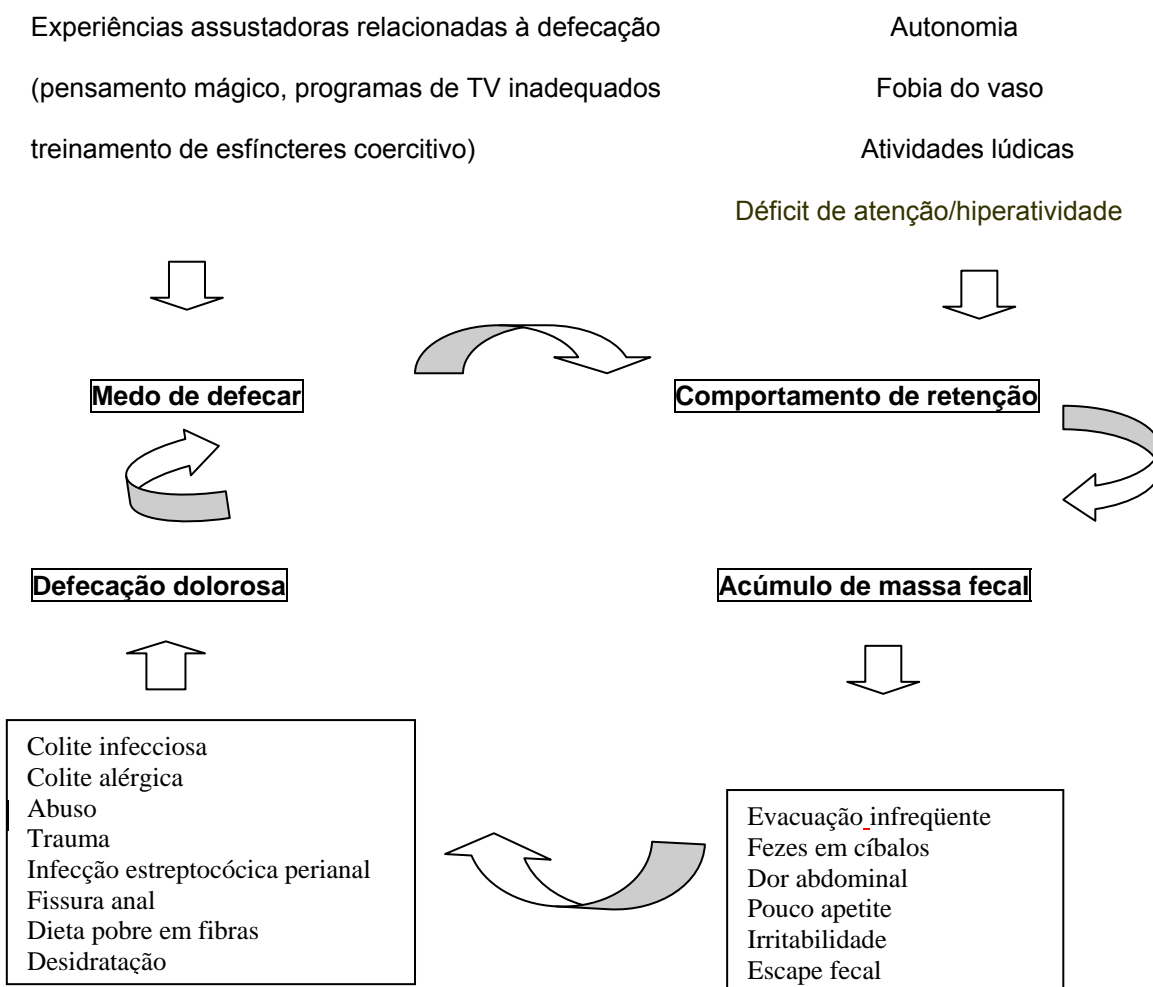
“Vão pensar que é culpa minha, que eu que deixo ele sujo...”

(fala de mães de crianças com escape fecal)<sup>18</sup>

A influência recíproca entre os distúrbios gastrointestinais, as relações familiares, as respostas das crianças à doença gastrointestinal e ao tratamento têm sido bastante investigada.

O estudo de Di Lorenzo<sup>38</sup> descreve a fisiopatologia da constipação intestinal crônica funcional (CICF), identificando a interação entre fatores de natureza psicológica, familiar, nutricional e social, conforme a figura 4.

### FIGURA. 4 – Fisiopatologia da constipação intestinal crônica funcional



Fonte: Di Lorenzo<sup>38</sup>, 2001.

Esse mesmo autor<sup>38</sup> destaca três momentos críticos para o aparecimento de distúrbios anorretais: a introdução de alimentos sólidos, o treinamento esfinteriano e a entrada na escola; afirma que o escape fecal provoca raiva nos pais, deixa as crianças humilhadas, expondo-as ao ridículo, e causa danos à sua auto-estima. Conclui dizendo que esse sintoma pode ter efeitos devastadores na relação da criança com seus pais.

Outros autores concluem que as crianças com doenças crônicas constituem um fator de estresse para suas famílias, gerando um círculo vicioso<sup>39</sup>. Vários pesquisadores enfatizam que o alcance da influência familiar vai muito além da genética, destacando que o que a criança aprende com seus pais pode contribuir para o desenvolvimento e agravamento de uma doença<sup>4, 5, 6, 36, 39, 40</sup>.

As conclusões do Roma III reforçam os achados acima e acrescem que os filhos de adultos com DGIFs apresentam uma maior frequência de consultas médicas, gerando um aumento nos gastos com a saúde se comparados aos de pais que não têm a doença<sup>4,32</sup>.

Flinn & England<sup>41</sup> demonstraram que a qualidade das relações familiares, mais do que a pobreza, é um preditor importante na relação entre doença e estresse psicossocial.

Mães, mais do que os pais, encorajam certos tipos de comportamento da criança ante os sintomas gastrintestinais como, por exemplo, faltar à escola e ver-se livre de suas responsabilidades, fazendo-o mais em relação às meninas que aos meninos<sup>40</sup>.

O estudo de von Bayer & Whitehead<sup>42</sup> compara o efeito de dois tipos de comportamento de pais em relação à dor abdominal de suas crianças: dar atenção, ter uma atitude solícita, e não dar atenção. Verificaram que a primeira atitude reforça as queixas e a segunda, as extingue. Os mesmos autores classificaram as interações pais-crianças em duas categorias:

a- interações “promotoras de dor”: atitudes de confirmação e empatia; apologia da dor; críticas à criança e tendência a ver a situação como uma catástrofe.

b- interações que favorecem a diminuição da dor e, conseqüentemente, aumentam a confiança e a capacidade da criança em lidar com o desconforto: encorajamento no sentido de lidar com a dor por meio de técnicas de respiração e/ou técnicas de distração.

Um importante aspecto observado pelos autores acima é o de que os pais de crianças com dor abdominal funcional tendem a ver a atitude de “não dar atenção” como prejudicial à criança. Os pais do grupo controle, não viam dessa forma. Baseados nessas observações, esses mesmos autores concluem ser muito importante orientar os pais a adotar atitudes mais construtivas e positivas em sua interação com a criança, no que se refere ao sintoma.

Em outros estudos, observou-se que as mães freqüentemente respondem às queixas de dor da criança com um aumento de preocupação com a criança e com atitudes “promotoras de dor”, o que pode desencadear uma relação circular<sup>43,44</sup>.

Uma outra vertente de pesquisa procurou conhecer a percepção dos pais sobre os distúrbios gastrintestinais infantis. Verificou-se que crença de alguns pais e também de médicos de que evacuar três vezes por semana ou até menos é normal, retarda a busca de um tratamento precoce das crianças, podendo ser um fator relevante no agravamento da constipação e no aparecimento de suas complicações<sup>45</sup>.

Experiências dos pais, tidas como negativas, assim como as não resolvidas ambas em relação à forma como ocorreu o próprio treinamento de esfíncteres dos pais, têm impacto significativo na forma como eles conduzirão esse processo em seus filhos. Suas ansiedades, a maneira como reagem ao comportamento, às vezes desafiador por parte da criança, são fatores importantes ao desenvolvimento da constipação<sup>46</sup>.

Crushell *et al.*<sup>47</sup> estudaram, por um período de cinco anos, crianças com dor abdominal recorrente, de grau relativamente grave, ou seja, que levava à hospitalização durante o estudo. Concluíram que a aceitação do modelo biopsicossocial por parte dos pais tem um importante papel na resolução da dor abdominal recorrente em crianças.

A modelagem do “comportamento promotor de doença” pode estar relacionada com as crenças parentais. van Tilburg *et al.*<sup>48</sup> observaram que, na dor abdominal funcional, as cognições parentais se referem ao medo de uma doença grave na criança, desejo de um diagnóstico e a um sentimento de desamparo ante a situação. Acreditam que este último aspecto seja a razão dos pais adotarem “comportamentos promotores de doença” na interação com seus filhos<sup>48</sup>.

O funcionamento familiar foi apontado como fator importante por Liakopoulon-Kairis *et al.*<sup>49</sup> em estudo com crianças com dor abdominal recorrente e cefaléia, quando comparadas com um grupo controle. Especificamente sobre a dor abdominal funcional, o estudo destaca as seguintes conclusões: as famílias de crianças com dor abdominal funcional apresentavam mais problemas e as suas crianças haviam passado por mais experiências de vida negativas que as do grupo controle. Nessas famílias, as mães apresentavam algumas características que diferiam de forma significativa do grupo controle: comportamentos de raiva e hostilidade, atitudes de auto-sacrifício, comportamento superprotetor e freqüentes descargas emocionais. Os autores associam os sintomas infantis às características familiares dessas crianças e recomendam que, especificamente no caso das crianças com dor abdominal funcional, o clínico dê uma atenção especial às expressões de hostilidades das mães e à resposta das crianças a elas.

## **Consequências para a prática e pesquisa**

Os estudos e pesquisas atuais parecem convergir para a visão de que a qualidade da atenção à saúde infantil pode ser melhorada a partir da colaboração mútua entre os pediatras e os cientistas sociais e comportamentais.

Coleman & Howard<sup>35</sup> sugere uma abordagem pediátrica focada na intervenção familiar. Schor<sup>50</sup> sugere perguntas básicas a serem feitas no sentido de se avaliar a dinâmica familiar: “Como estão as coisas em casa?” “Vocês estão satisfeitos com seu desempenho como pais (ou pai/mãe)?” “Como e o que a família costuma fazer junto?” “Houve alguma mudança inesperada ou ocorreu algum fator de estresse desde a última consulta?”.

Conhecer o ambiente familiar em que a criança está crescendo é fator de relevância na constipação, também na visão de Devrode<sup>36</sup>.

Kemper & Kelleher<sup>51</sup> estabeleceram, a partir de uma revisão da literatura publicada sobre as condições familiares, seis áreas relevantes a serem pesquisadas pelo pediatra: depressão materna, abuso de drogas, violência doméstica, história de punição física abusiva na vida da mãe, mudanças frequentes e suporte social.

Estudos direcionados no sentido de se estabelecer um protocolo de investigação do núcleo familiar têm sido empreendidos. Murphy *et al*<sup>52</sup> recomendam, como uma ferramenta útil para muitos pediatras, a utilização do “Apgar” da família. Na opinião dos autores, trata-se de um instrumento útil, válido e confiável para complementar as informações sobre a realidade psicossocial da criança.

Wertlieb<sup>3</sup> fez uma revisão das tendências mais recentes na abordagem da família, durante a prática pediátrica, e destaca as principais vertentes de investigação a serem desenvolvidas: definir estratégias eficazes para a abordagem do grupo familiar na

prática pediátrica; aprender a partir da observação e estudo das famílias bem sucedidas; explicar, descrever e desenvolver estratégias eficazes para a abordagem do relacionamento entre os processos familiares e a saúde dos pacientes.

Coury *et al.*<sup>53</sup> estabeleceram novas diretrizes na formação dos residentes, incluindo treinamento da competência para análise dos sistemas familiares e melhora da capacidade de comunicação entre o profissional e os pais.

Os esforços dos especialistas da área têm trazido importantes conhecimentos, mas também abrem questões para futuras pesquisas, abordando os seguintes questionamentos: “Como integrar o conhecimento dos fatores psicossociais na rotina da prática clínica?” “Como formar médicos preparados para trabalhar com o modelo biopsicossocial?” “Como atender às especificidades culturais?” Segundo Levy *et al*<sup>54</sup>, as pesquisas voltadas para o desenvolvimento de práticas preventivas e promotoras de saúde devem também ser incentivadas.

É reconhecido que os pacientes com DGIF, geralmente, sofrem desconforto, estresse emocional e insatisfação durante o tratamento, além de fazer excessivas demandas à família<sup>55</sup>. A ampliação do campo de estudo, no sentido de se pesquisarem e incluírem nos protocolos de atendimento o conhecimento relativo às especificidades de gênero, idade, cultura e a perspectiva do paciente em relação à sua doença, é uma tendência na área<sup>55</sup>.

## **Discussão**

A relevância da abordagem familiar nas DGIFs está em consonância com as observações da autora feitas ao longo de um período de dois anos, acompanhando os atendimentos a crianças com diagnóstico de constipação intestinal crônica funcional e,

ao mesmo tempo, investigando as relações familiares, por meio de entrevistas com as mães ou com os cuidadores que desempenhavam esse papel.

O modelo biopsicossocial especifica fatores intervenientes no aparecimento, manutenção e êxito do tratamento ficando subentendido que, em cada caso, tais fatores irão interagir e influir em intensidades diferentes no processo saúde/doença.

Nesse contexto, fica evidenciada a questão da singularidade do atendimento clínico como colocada por Birman<sup>56</sup>. Ao contrário do que ocorre na abordagem médica tradicional, a doença não pode ser vista como uma entidade à parte, pois nela estão inclusos o sujeito, sua história de sofrimento, suas relações familiares e, não menos importante, o seu desejo. Não há um saber universalizante que possa ser aplicado da mesma forma com todos os pacientes. As estatísticas, características da maioria das pesquisas, apagam os aspectos idiossincráticos que, muitas vezes, poderiam ser relevantes<sup>36</sup>.

Contudo, não podemos deixar de levar em consideração as dificuldades inerentes a este tipo de abordagem e constatar, concordando com Guerrero & Cavender<sup>57</sup>, que, na prática médica, os profissionais, muitas vezes, preferem lidar com os problemas médicos objetivos, como se fossem entidades separadas dos complexos problemas de ordem psicossocial. A consequência é o estabelecimento de uma fronteira artificial entre o indivíduo e seu contexto familiar, ficando o primeiro, como o terreno da patologia, separado dos fatores ambientais.

Se pensarmos no aspecto de adesão ao tratamento da constipação crônica infantil, para citar um exemplo, a vivência no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG nos mostra um quadro bastante variado. Algumas mães têm muita dificuldade de seguir o tratamento, alegando, muitas vezes, o alto custo e a falta de acesso ao(s) medicamento(s) nas unidades básicas de saúde. Entretanto,

observamos que outras mães, da mesma condição socioeconômica, o conseguem, a partir da mobilização de recursos do círculo familiar mais amplo ou da comunidade. No Brasil, essa pode ser a única maneira que os pacientes encontram para lidar com a falta de recursos para seguir o tratamento prescrito<sup>18</sup>.

É importante pensar que a fala da mãe, incluindo o discurso familiar que ela veicula, o discurso médico e a percepção da criança formam uma estrutura em que, ao se destacar um de seus elementos e tomá-lo isoladamente, pode haver o risco de perda de questões essenciais ao seu entendimento e à eficácia do tratamento<sup>20</sup>. Na realidade dos atendimentos médicos, é a mãe que mais freqüentemente acompanha a criança, fala de seus sintomas e toma as decisões principais referentes ao tratamento. Torna-se, portanto, importante investigar o lugar da palavra da mãe, os efeitos do que ela diz para a criança, bem como do que é silenciado a ela<sup>58</sup>.

Uma abordagem interessante seria o atendimento feito com a família presente, incluindo o pai (no caso de outras configurações familiares, os responsáveis pelo cuidado da criança). Em tal situação, torna-se possível ter uma visão da dinâmica familiar durante a consulta.

Durante o período em que a autora realizou o acompanhamento dos atendimentos realizados no ambulatório de gastroenterologia pediátrica, foi possível perceber alguns casos nos quais a insistência em incluir o pai no atendimento propiciou um importante avanço na evolução do tratamento da doença e na resposta ao tratamento. Incentivar práticas que ofereçam à criança a alteridade de presença materna e paterna é um desafio já apontado por Bustamante<sup>2</sup> e consoante com nossas indagações.

As crianças assumem posições em relação ao seu tratamento, mesmo que não se expressem verbalmente. Cada criança tem suas motivações, seus medos e suas fantasias. Por exemplo, uma criança de quatro anos, que se recusava a tomar o remédio, disse que



assim fazia porque “ele dava dor de barriga e ela tinha medo”. Antes de sair da sala, ao término da entrevista com a mãe, voltou-se para a entrevistadora e disse enfaticamente: “Não vou “tomá” esse remédio *messsimo!*” Outra, de oito anos, justificava-se dizendo que se o fizesse “teria de ir ao banheiro da escola, coisa que tinha medo e nojo”<sup>18</sup>.

É neste sentido que concordamos com Brant<sup>59</sup>, que defende a importância de se incluírem, na epidemiologia, o sujeito como categoria e a necessidade de estudos qualitativos na área da saúde que possibilitem a compreensão dos processos que regem o universo do sujeito.

Pensamos que, implicar a criança em seu sintoma, por meio de uma atitude do médico que incentive um maior envolvimento dela com seu tratamento, pode ser um fator interessante a ser pesquisado e desenvolvido na prática.

Bellman<sup>60</sup> descreve as crianças encoprélicas como passivas, com dificuldade em se afirmar e dependentes de suas mães. Por outro lado, a vivência do sentimento de autonomia é situada por Erickson<sup>61</sup> como relacionada ao treinamento do controle de esfíncteres, tendo um impacto importante nas relações familiares e repercussões marcantes na personalidade e desenvolvimento da criança.

A atenção do profissional dada somente ao discurso materno, reforça a atitude passiva da criança, cristaliza a mãe no lugar daquele que tudo sabe, não concorrendo para a inclusão e comprometimento da criança com seu tratamento.

Acreditamos que a criança pode ser tratada como sujeito em relação à sua doença, pois, afinal, seguir ou não o tratamento depende não apenas da mãe. “Deixá-la de fora” contribui para o não reconhecimento de sua autonomia e a exclui de responsabilidade quanto ao seu problema. Procura-se, em nosso ambulatório, de acordo com a idade, envolver a criança no tratamento <sup>62</sup>.

Estudos atuais têm demonstrado a importância do desenvolvimento de estratégias que irão aumentar a capacidade do paciente em lidar com o sintoma ou doença, de sentir-se fortalecido e não impotente diante dela. Buscar, no contexto familiar, elementos que possam ter uma ação importante no processo de cura, valorizar os seus aspectos saudáveis, são estratégias eficazes apontadas pelos especialistas<sup>3,43</sup>.

Dentro dessa perspectiva, o conceito de *empowerment* é relevante, na medida em que busca levar em conta e favorecer o exercício real do poder por parte do paciente, da família ou da comunidade, com vistas à elevação de seu nível de saúde<sup>63</sup>.

Aspecto importante a ser considerado é a colocação feita por Foucault<sup>64</sup>, segundo a qual, independentemente de ter uma designação primeira, psicológica ou orgânica, a doença é uma reação do indivíduo tomado em sua totalidade. Ela envolve o conjunto de reações de fuga e de defesa, por meio do qual o doente responde à situação na qual se encontra. Pode-se então dizer que, por trás da doença, há um sujeito a ser desvelado.

### **Considerações finais**

Os progressos obtidos no diagnóstico e tratamento das DGIFs resultaram em modelos teóricos mais abrangentes e inclusivos. No que se refere às pesquisas, o horizonte mostra-se, atualmente, bastante ampliado, aberto a questionamentos, em um nível mais global e fundamental. Assistimos a um apagamento de fronteiras entre o biológico e o psíquico, o orgânico e o funcional, o individual e o familiar.

A formação de profissionais da saúde implicados nessa nova visão das doenças gastrintestinais funcionais é uma questão básica apontada pelos estudiosos da área. Como integrar o conhecimento alcançado sobre os aspectos biopsicossociais dos

distúrbios gastrintestinais à rotina dos médicos é um desafio que fica para futuras pesquisas.

Nesse cenário, a família reveste-se de importância na medida em que ela é a mediadora da cultura, estando diretamente implicada no desenvolvimento saudável ou no adoecimento de seus membros.

A questão da subjetividade se impõe cada vez mais. Pesquisas têm mostrado que, conhecer a percepção dos pacientes sobre sua doença, é aspecto relevante no estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada ao sucesso do tratamento. No caso da atenção à saúde infantil, torna-se importante conhecer a percepção dos pais e da criança sobre a doença trabalhando no sentido de uma progressiva implicação de todos no processo de adoecimento e cura.

Nesse sentido, a consideração de Devrode<sup>36</sup>, no que se refere ao trabalho clínico, parece-nos muito pertinente: a atitude científica tradicional deve ser reservada para o diagnóstico, avaliação e análise dos resultados. O tratamento em si, mesmo que seguindo todo o rigor científico, deve ter as características de plasticidade e adaptação à realidade de cada paciente, para se alcançarem resultados eficazes.

## Referências

1. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
2. Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. Cad. Saúde Pública 2005; 21:1865-74.
3. 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.
4. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130: 1377-90.
5. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. Gastroenterology 2001; 121:799-804.
6. Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, Feld AD. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. Am J Gastroenterol 2000; 95:451-452.
7. Morin E. Ciência com consciência. Portugal: Publicações Europa América Ltda; 1991.
8. Thompson WG. The road to Rome. Gastroenterology 2006; 130:1552-56.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
10. Beck-Gernsheim E. La reinvencción de la familia - en busca de nuevas formas de convivência. Buenos Aires: Paidós; 2003.
11. Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
12. Moreno JL. Psicodrama. São Paulo: Cultrix:[s.d.].

13. Vasconcelos MJE. Pensamento sistêmico o novo paradigma da ciência. Campinas: Papirus; 2002.
14. Schucker M, Minayo MC. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciênc. saúde coletiva 2003; 8:299-306.
15. Ariés P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: LCT Editora; 1981.
16. Symansky H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB organizador. A Família Contemporânea em debate. São Paulo: Educ/Cortez Editora; 1995.p.23-8.
17. Fonseca C. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. Psicol. USP 2002; 13: 48-68.
18. Diário de campo da pesquisadora.
19. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
20. Faria MR. Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais. São Paulo: Hacker Editores: Cespuc: FAPESP; 1998.
21. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
22. Freud S. Cinco lições de psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. XI, p. 38-45.
23. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
24. Dör J. Introdução à leitura de Lacan. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
25. Lacan J. O estádio de espelho como formador da função do eu. In: \_\_\_\_\_ Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.p. 96 -103.
26. Spitz R. El primer año de vida del niño. Madrid: Aguilar; 1977.
27. Cabas AG. Curso e discurso na obra de Jacques Lacan. São Paulo: Moraes; 1982.
28. Osório LC. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

29. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Risco. In: \_\_\_\_\_ Epidemiologia clínica. Porto Alegre: Artemed; 1996. p.103-110.
30. Ferrer RL, Palmer R, Burgers S. The family contribution to health status: A population-level estimate. *Annals of Family Medicine* 2005; 3: 102-08 .
31. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002; 128:330-66.
32. Levy RL. Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent response to gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2442-5.
33. Minkovitz C, Mathew B, Strobino D. Have professional recommendations and consumer demand altered pediatric practice regarding child development? *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1998; 75:739-50.
34. Green M. No child is an island. Contextual pediatrics and the “new” health supervision. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42:79-87.
35. Coleman WL, Howard BJ. Family-focused behavioral pediatrics: clinical techniques for primary care. *Pediatr Clin North Am* 1995; 16: 448-55.
36. Devrode G. Psychological considerations in subjects with chronic idiopathic constipation. In: Wexner SD, Bartolo DCC .Constipation: Etiology, evaluation, and management. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1995. p.103-134.
37. Heru AM. Family psychiatry: from research to practice. *Am J Psychiatr* 2006; 163: 962-8.
38. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* 2001; 30: 269-87.
39. Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS. Childhood chronic illness as a family stressor. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: 33-47.

40. Walker LS, Zeman JL. Parental response to child illness behavior. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: p.49-71.
41. Flinn MV, England B. Social economics of childhood glucocorticoid stress response and health. *Am J Phys Anthropol* 1997; 102:33-53.
42. von Bayer CL, Whitehead WE .Effects of parental attention versus distraction on abdominal discomfort in children: A new method and new findings. *Pain* 2006; 122: 8-10.
43. Lipani TA, Walker LS. Children's appraisal and coping with pain: relation to maternal ratings of worry and restriction in family activities. *J Pediatr Psychol* 2005; 31: 667-673.
44. Chambers CT, Craig KD, Bennett SM. The impact of maternal behavior on children's pain experience: an experimental analysis. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 293-301.
45. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992; 89: 1007-9.
46. Stadler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. *Pediatrics* 1999; 103:1359-61.
47. Crushell E, Rowland M, Doherty M, Gormally S, Harty S, Bourke B, et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe abdominal pain. *Pediatrics* 2003; 112: 1368-72.
48. van Tilburg MA, Venepalli N, Ulshen M, Freeman KL, Levy R, Whitehead WE. Parents' worries about abdominal pain in children. *Gastroenterol Nurs* 2006; 29:50-55;

49. Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T, Protagora D, Korpa T, Kondyli K, Dimosthenous E, et al. Recurrent abdominal pain and headache: psychopathology, life events and family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2002;11:115-122.
50. Schor EL. The influence of families on child health: family behaviors and child outcomes. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42:89-102.
51. Kemper KJ, Kelleher KJ. Family psychosocial screening: instruments and techniques. *Ambulatory Child Health* 1996; 1:325-39.
52. Murphy M, Kelleher K, Pagano ME, Stulp C, Nutting PA, Michel S, et al. The Family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS. *J Fam Pract* 1998; 46:54 -100.
53. Coury DL, Berger SP, Stancin T, Tanner JL. Curricular guidelines for residency training in developmental-behavioral pediatrics. *Develop Behav Pediatr* 1999; 20:1-19.
54. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1447-1458.
55. Chang L, Toner BB. Gender, age, society, culture and the patients perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1435-1446.
56. Birman J. Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2000.
57. Guerrero RA, Cavender CP. Constipation: physical and psychological sequelae. *Pediatrics Annals* 1999; 28: 312-316.
58. Manoni M. A criança, sua “doença” e os outros: o sintoma e a palavra. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.



59. Brant LC. O indivíduo o sujeito e a epidemiologia. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6:221-231.
60. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1966; Suppl 170: 1-151.
61. Erickson E. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1976.
62. Torres MRF, Figueiredo RCP, Penna FJ. Constipação intestinal. In: Leão E, Mota JAC, Corrêa EJ, Viana MB. *Pediatria ambulatorial*. Belo Horizonte: COOPMED; 2005. p. 366-378.
63. De Oliveira DC. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis: EFUFSC 2000; Edição especial temática: p. 47-62.
64. Foucault M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

|

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **A constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes na visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais**

#### **Resumo**

*Estudo qualitativo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, com o objetivo de investigar a percepção das mães sobre a constipação intestinal crônica funcional – CICF - em crianças e adolescentes. Foram entrevistadas 14 mães de crianças e adolescentes com diagnóstico de CICF. As respostas das mães foram analisadas com base na teoria da análise do discurso e agrupadas nos seguintes núcleos temáticos: “definição, causas e fatores que agravam a CICF”, “cognições, sentimento e atitudes diante da criança constipada”, “repercussões familiares e sociais da CICF”, “percepções sobre a cura, o tratamento e o atendimento médico”. Foi possível identificar vários fatores relevantes à adesão e sucesso do tratamento: questões referentes ao universo infantil, sentimentos de culpa e agressividade da mãe, dificuldades no relacionamento familiar e social. O estudo destaca a importância da inclusão da percepção da mãe e da criança sobre a doença e da abordagem familiar no tratamento. Propiciar um espaço para a escuta das mães e estratégias de educação em saúde direcionadas a profissionais das áreas da saúde e educação são aspectos importantes na melhoria da atenção à saúde desses pacientes.*

**Palavras-chave:** *constipação intestinal funcional; distúrbios gastrintestinais funcionais; criança; adolescente; relações familiares; relação médico-paciente; relação mãe-filho; doença crônica infantil.*

## Introdução

A expressão constipação intestinal crônica funcional (CICF) refere-se a todos os casos de constipação, nos quais não há uma etiologia orgânica, ao mesmo tempo em que a duração do quadro é superior a dois meses. De acordo com os critérios estabelecidos pelo Roma III, um consenso de especialistas da área, na infância, mais especificamente em crianças a partir de 4 anos de idade, o diagnóstico é feito por meio da presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: menos de três evacuações no vaso por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal semanal; história de comportamento retentivo ou excesso de retenção intencional de fezes; história de defecações ou movimentos intestinais dolorosos; presença de massa fecal no reto; histórico de fezes que entopem o vaso sanitário<sup>1</sup>. Os estudos de *follow-up* demonstraram que, quando as intervenções eram feitas na fase inicial da CICF, obtinham-se melhores resultados; além disso, esses estudos comprovaram que a recuperação da incontinência fecal estava associada ao menor tempo de duração do sintoma<sup>2</sup>. Tais dados influíram no estabelecimento de novos critérios para o reconhecimento da constipação funcional. A partir do Roma III, esses critérios tornaram-se menos rígidos e mais inclusivos<sup>3</sup>.

A CICF é uma entidade clínica freqüente na infância. No Brasil, os estudos demonstram prevalências que variam de 14,7 a 38,4%, sendo que, no que se refere à gastroenterologia pediátrica, a constipação é um dos principais motivos de consulta, atingindo percentuais que oscilam entre 10 e 25%<sup>4</sup>.

Embora seja considerada uma doença infantil benigna, os efeitos da CICF na vida do paciente são graves: comprometimento da qualidade de vida, baixa estima, distúrbios comportamentais e retraimento social<sup>1, 5, 6, 7</sup>.

O modelo biopsicossocial, proposto pelos especialistas da área para a abordagem das doenças gastrintestinais funcionais, parte do pressuposto de que os sintomas são fisiologicamente multideterminados e sofrem influência de aspectos socioculturais e psicossociais<sup>8</sup>. Essa visão está em consonância com uma mudança de perspectiva ocorrida no campo da saúde, que deixou de privilegiar a lógica médica da enfermidade para, em um movimento que pode ser denominado “retorno do sujeito”, perceber o paciente como partícipe de todo o seu processo de adoecimento e cura<sup>9</sup>.

Drossman<sup>8</sup> ressalta a importância de se conhecer a perspectiva do paciente sobre o seu distúrbio gastrintestinal e torná-la parte integrante do processo de diagnóstico e tratamento. Além disso, no cenário da CICF infantil, a mãe ocupa papel central por intermediar toda a relação do médico com o paciente.

O presente artigo tem, como ponto de partida, uma pesquisa realizada com o objetivo de conhecer a perspectiva das mães de crianças com constipação funcional. Em uma vertente compreensiva, buscamos apreender a visão dessas mães, os sentimentos desencadeados e as repercussões da doença na vida familiar e social da criança. Acreditamos que, conhecendo a perspectiva das mães, poderemos fornecer subsídios para a identificação de aspectos importantes a serem incluídos na agenda de atenção primária à criança com esse diagnóstico.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo que tem por objetivo investigar as percepções de mães relacionadas à CICF de seus(suas) filhos(as). A natureza do fenômeno abordado, no qual a complexidade dos processos intersubjetivos e a subjetividade dos sujeitos são fatores altamente relevantes, justificam a escolha do método. A inserção da pesquisadora no campo de estudo teve início em agosto de 2003, ocasião em que começou, a pedido da

equipe médica e com o objetivo de traçar o perfil das mães, a escuta das mães de crianças atendidas no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica. É nesse contexto que surge a idéia de realização deste estudo.

### **Cenário do estudo**

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

### **Sujeitos do estudo**

Por acreditar que esses são os protagonistas mais indicados para delimitar a realidade e as repercussões da CICF no contexto de vida da criança, optamos por entrevistar as mães ou os responsáveis pelo cuidado das mesmas.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2006, em duas etapas: a primeira, visando a caracterização do grupo pesquisado, consistiu na aplicação de um questionário padronizado (ANEXO 2), respondido pelo responsável pela criança e preenchido pela pesquisadora. Foram entrevistados 48 sujeitos, selecionados previamente pela equipe médica como responsáveis de crianças com diagnóstico de CICF. Para a segunda etapa, a seleção foi feita pela autora, em conjunto com a equipe médica, e seguiu os seguintes critérios: a) mães de crianças com diagnóstico de CICF que tinham 6 meses ou mais de acompanhamento ambulatorial; b) mães que participaram da entrevista de caracterização do grupo pesquisado. Durante o período de coleta de dados, as observações da pesquisadora foram registradas em diário de campo<sup>10</sup>. A definição do tamanho da amostra obedeceu aos critérios de não definição prévia do número de sujeitos e

flexibilidade da amostragem, com possibilidade de inclusão progressiva, sendo o total estabelecido por meio do critério de saturação<sup>11,12</sup>. Foram realizadas quatorze entrevistas semi-estruturadas com mães ou responsáveis. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A pesquisadora abordou os sujeitos no dia da consulta médica.

A análise do material foi feita com base na teoria da análise do discurso e seguiu as etapas propostas por Spink<sup>13</sup> para estudos de representações sociais: imersão no conjunto das informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, seguindo-se uma etapa de elaboração de categorias de análise. O material foi sucessivamente codificado e as respostas classificadas por categorias. As percepções dos entrevistados foram agrupadas em quatro núcleos temáticos: “definição, causas e fatores que agravam a CICF”, “cognições, sentimento e atitudes diante da criança constipada”, “Repercussões familiares e sociais da CICF”, “percepções sobre a cura, o tratamento e o atendimento médico”. A triangulação, ocorrida por meio da participação, durante o processo de análise, de dois outros pesquisadores, foi usada como critério de validade.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Conselho de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXOS 4 e 5). Antes da realização das entrevistas, todos os sujeitos foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo dos dados; e, após concordância, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3).

### **Caracterização da população**

A tabela I mostra as principais características da população estudada. Para a caracterização das famílias, optou-se por classificá-las apenas em nuclear e nuclear extensa<sup>14</sup>. Concordando com as observações de Bustamante<sup>15</sup>, as entrevistas

evidenciaram que as famílias inicialmente consideradas monoparentais e/ou de novo arranjo funcionam, no dia a dia, como extensas, pois os parentes participam ativamente das atividades cotidianas.

**TABELA I - Caracterização das mães, crianças e famílias e avaliação sobre o tratamento**

**Tabela 1 – Caracterização das mães**

Idade (anos) %		Escolaridade %				
20-39	40-55	1º grau incompleto	1º grau completo	2º grau incompleto	2º grau completo	Superior completo
79,6	20,6	59,5	10,6	2,1	21,3	6,4
N=35	N=9	N=28	N=5	N=1	N=10	N=3

**Tabela 2- Caracterização das crianças**

Sexo %		Idade (anos) %				Escolaridade %		
M	F	2-4	5-7	8-10	11-16	Não freqüenta	Pré-escola	1º grau incompleto
60	40	22,9	33,4	24,9	18,9	14,9	34	51,1
N=28	N=20	N=11	N=16	N=12	N=9	N=7	N=16	N=24

**Tabela 3 – Caracterização das famílias**

Estrutura Familiar %		Renda em Salários mínimos %				História familiar positiva para constipação %	
Nuclear	Nuclear Extensa	<1	1- 2,5	3-4, 5	≥ 5	+	-
60,4	39,7	6,4	63,8	19,1	10,6	80,9	19,1
N=29	N=19	N=3	N=30	N=9	N=5	N=38	N=9

**Tabela 4 – Sobre o tratamento**

Tempo de tratamento %			Avaliação do tratamento			Prescrição médica	
<6meses	6-12meses	> 12meses	Nenhuma melhora	Pouca melhora	Melhorou	Foi seguida	Não foi seguida
7,1	9,6	83,3	11,9	40,5	47,6	70	30
N=3	N=4	N=35	N=5	N=17	N=20	N=28	N=12

## Resultados e Discussão

### I. Definição, causas e fatores que agravam a CICF

As mães, de um modo geral, demonstravam hesitação antes de expressarem sua concepção sobre a CICF: “*Ai, meu Deus. Não sei falar, não*” (R.J. nº. 5). Podemos atribuir essa hesitação, presente no discurso das mães, como uma consequência do processo de interdição do discurso (Foucault)<sup>16</sup>. O discurso que veicula o saber institucional é gerador de poder<sup>17</sup>. No contexto do ambulatório, as informações e instruções veiculadas por meio das consultas médicas, palestras feitas pelos médicos, pela nutricionista e pela psicóloga provavelmente eram, para elas, o saber oficial.

Após serem estimuladas e encorajadas, as mães acabavam por expor a sua visão. O resultado é um discurso polifônico, no qual o discurso médico, os mitos e crenças

familiares e sociais, as vivências de cada uma e a história da doença de sua criança definem o entendimento.

As representações das mães são compatíveis com o modelo biopsicossocial para apreensão da patofisiologia das desordens anorretais proposto pelas pesquisas na área<sup>18</sup>. Chamam atenção alguns dos significantes que muitas das entrevistadas utilizam para se referir à doença: “trem”, “coisa”, “negócio”, “isso”, “um problema [ou pobrema]”. São termos vagos, imprecisos, mas muito significativos quanto à percepção do problema e dos sentimentos relacionados ao quadro da doença.

Por um lado, é difícil para os pais aceitarem ou entenderem que uma doença que dura tanto tempo, com conseqüências devastadoras no ambiente familiar, raramente tenha uma causa identificável<sup>19</sup>. Por outro lado, expressam uma visão característica do pensamento médico tradicional: deve existir uma causa orgânica que explique os sintomas. A fala das entrevistadas denota que elas estão em processo de entendimento da CICF como uma doença funcional: *“Eu acho que ele deveria fazer mais exame pra saber, porque ele só fez um... [?] Pra descobrir o que é a causa, o porquê (...). Não ta bem resolvido isso não. Se parar a medicação, ele volta a não fazer o cocô. Tem alguma coisa.”* (S.R. nº10).

Algumas mães relataram que, apesar de elas perceberem que algo estava errado, foi o médico que não deu atenção ou não valorizou sua queixa: *“... Aí eu já conversei com o pediatra, desde pequenininha, que sempre falava: essa menina não faz cocô, só suja um pouquinho. ‘Ah, cada intestino funciona de um jeito’, era a resposta que eles me dava. Voltava eu no médico: ‘Mas, doutor, não tem lógica. Este leite que essa menina toma vai pra onde?’ Mesmas resposta que eles me dava. E foi indo assim. Sem tratamento, sem nada. Eu acho que o caso dela foi complicando daí, porque eles não deram atenção”* (S.G.S. nº. 1). A falta de uma definição clara do que seja constipação tem,



como consequência, o retardo do diagnóstico pelo médico, o que contribui para a cronicidade e agravamento do quadro. Muitos casos de escape fecal foram precedidos de dor ao evacuar, provocando o comportamento de evitação por parte da criança, e, conseqüentemente, o agravamento dos sintomas<sup>20</sup>. Estudos demonstram que 40% das crianças com CICF desenvolveram os sintomas no primeiro ano de vida. Os casos de evolução mais favorável foram aqueles cujo tratamento foi iniciado antes dos dois anos de idade, enquanto a recuperação das crianças encoprélicas era menor entre as que tinham uma história de longa duração do sintoma<sup>1, 3, 21</sup>. Crenças compartilhadas por pessoas comuns e até mesmo por profissionais da saúde contribuem para o adiamento de um diagnóstico adequado. Uma delas é uma espécie de nosografia popular que define a “prisão de ventre” como uma doença que as mães têm o direito de tratar, total ou parcialmente, sozinhas<sup>22</sup>. Outra, vê a constipação como um distúrbio do desenvolvimento infantil, que será “resolvido com o tempo” ou com a maturação da criança. Os estudos na área não sustentam essa visão<sup>23</sup>.

O filósofo grego Epicteto, um dos representantes do estoicismo, já afirmava que os homens são perturbados não pelas coisas, mas pelas opiniões ou idéias que extraem delas<sup>24</sup>. Essa indissolúvel relação entre o significado, os sentimentos decorrentes e as atitudes relativas à CICF é expressa com muita clareza na fala das mães: “... *O que eu tenho de sentimento quanto a isso, agora está sendo mais tranqüilo pra mim encarar, porque não é só chamativo mais. Porque antes era. A forma como eu estava encarando a doença dela, porque eu encarava somente como um chamativo. Aí agora como deu esta posição pra gente de que é, não é só chamativo, é uma doença física, que é preciso tomar medidas reais práticas pra se resolver, melhorou bastante os meus sentimentos quanto a isso. A gente tem se relacionado melhor depois disso*” (E.C.S. nº7).

O comportamento de retenção das fezes é apontado como causa do agravamento da CICF: *“Quando ela começa a sentir dor, ela vai sempre pro cantinho espremendo. Pode ser porque ela perdeu muito sangue. Toda vez que ela queria fazer ela sentava no vaso, o cocô mesmo não saía, mas sangrava muito. Aí parece que prejudicou ela mais, porque ela tem medo de ir no vaso. Então, assim, é muito difícil”* (S.G.S. nº1). Entretanto, observa-se que, no caso das crianças com escape fecal, a interpretação é outra: *“Ele tem... Eu acho que ele tem preguiça de ir ao banheiro, que ele tem. Ele... Acho que o tempo dele é muito curto, ele quer brincar. A gente tem que pôr ele pra ir no banheiro. A hora... A gente é que tem que pôr à força. Não adianta. Se mandar ele ir, ele não vai”* ( L.A. C. nº6). Tariq et al demonstram que as crianças que apresentam retenção fecal possuem um nível mais elevado de ansiedade,<sup>25</sup> enquanto as crianças com incontinência fecal podem desenvolver o hábito de atender ou não ao estímulo fisiológico normal<sup>5</sup>.

## **II - Cognições, sentimentos e atitudes diante da criança constipada**

Há diferença significativa entre o discurso das mães de crianças com constipação crônica retentiva com escape grave ( 9 crianças) e o daquelas, cujos filhos apresentam escape leve ou infrequente ( 5 crianças) ou que já tiveram escape (tratamento bem sucedido). Neste último grupo, as falas são mais organizadas, coerentes e otimistas; parecem descrever um mundo onde as coisas funcionam. O quadro é bastante diferente, no caso do primeiro grupo, pois o discurso é mais prolixo, cheio de contradições e carregado de emoções muito fortes, desencadeando, muitas vezes, choro durante a fala. Poucas doenças infantis benignas estão associadas a tanto estresse e ansiedade quanto a CICF. A persistência do sintoma leva à frustração, afetando negativamente a relação da criança com seus familiares<sup>18</sup>: *“E eu fico assim tão... Dá vontade de ir embora quando*

*eu vejo essas coisas que acontece lá em casa (...). A roupa que vai lavar sabe? Vai pra ocê vê o tanto de roupa que tem lá. Tem que trocar de roupa três, quatro vezes no dia. E eu insistindo e ele não querendo, sabe?” (J.M.S. nº13).*

Bellman <sup>26</sup> constatou que é muito difícil, talvez impossível, ficar indiferente ao escape fecal e à todas as complicações que ele provoca na vida dos membros de uma família. Sentimentos de aversão, nojo, raiva, frustração, mesmo que não nomeados pelas entrevistadas, estão nas entrelinhas de seus discursos, assim como nas expressões faciais e corporais das mães. A doença crônica infantil interfere na estrutura familiar, mas as pesquisas apontam que a sobrecarga recai sobre a figura materna<sup>27</sup>. Observa-se, principalmente nos casos de mães de crianças com escape fecal, um desgaste acentuado, levando ao estresse: *“Às vezes, a gente fica nervosa, a gente agride; às vezes, com palavras, xinga. Eu sou muito de xingar, às vezes. Também ando uma pilha de nervos, né? Muito estressada. Eu acho que isso mexe muito com o inconsciente da criança”* (M.J.T. nº9).

O sentimento de culpa é pano de fundo no horizonte das relações das mães com seus filhos, e o estudo de Bongers et al afirma que o ato de desculpabilizar a mãe e a criança é um fator importante a ser considerado durante o tratamento.<sup>5</sup> Lazarus & Lazarus<sup>28</sup> classificam a culpa como uma emoção existencial, porque ela é construída a partir da experiência de vida e dos valores da cultura na qual a pessoa está inserida. A culpa está relacionada a uma percepção de falha, fracasso em agir de acordo com códigos ou imperativos morais estabelecidos ou pela transgressão dos mesmos. No caso das entrevistadas, as condutas adequadas frente ao tratamento da criança são constantemente discutidas nas consultas, constituindo-se em padrões ideais de comportamento<sup>29</sup>.

Para referir-se a sentimentos e atitudes negativas, observou-se que as entrevistadas adotaram alguns recursos, como: usar as expressões “antes” ou “antigamente”; falar da agressividade de uma forma projetiva, isto é, colocando-a em outra pessoa, ou acrescentar o “não” antes do verbo que expressava a ação ou emoção reprovada (ou reprimida): “Às vezes, eu batia nele, mas agora não, eu lavo que não pode jogar o short dele fora, né?” (G.N.L. n°3). “Eu tenho paciência, mas as irmãs dela já não têm” (S.G.S. n°1).

Freud<sup>30</sup> afirma que “o conteúdo de uma imagem ou idéia reprimida pode abrir caminho até a consciência com a condição de que seja negado”. Nesses casos, a função intelectual está separada do processo afetivo e o resultado é uma espécie de aceitação intelectual do reprimido.

Falar da própria agressividade foi uma tarefa difícil para as mães: “Eu não xingo, não, porque a gente, nas reuniões, eles ensinaram que a gente não deve xingar. Deve conversar e tudo. Não xingo, não” (A.E. n°8). Podemos atribuir essa dificuldade, em parte, a um efeito da interdição do discurso, mas Moliner<sup>31</sup> levanta uma questão interessante quando se refere à “ideologia tenaz sobre a meiguice natural das mulheres”. Trata-se de um conjunto de condutas que uma mulher assume, com o objetivo de evitar as represálias de que será vítima, caso não aja segundo o que a sociedade espera dela. O amor e o dom de si são freqüentemente atribuídos à condição feminina. Poucos autores tratam do ódio materno; mais raramente ainda, fazem-no sem julgamento normativo<sup>31</sup>.

A psicanálise, em geral, oferece recursos para pensar a dinâmica intersubjetiva adulto-criança, mas, em muitos aspectos, contribui para a eufemização e patologização do ódio materno<sup>31</sup>. Um dos poucos autores que, de forma explícita, situa o ódio dentro da dinâmica normal da relação mãe-filho é Winnicott<sup>32</sup>, quando afirma que a mãe odeia seu

bebê, desde o nascimento. O trabalho de cuidar de crianças e/ou pessoas vulneráveis ou dependentes não gera somente sentimentos de amor e compaixão, mas também poderosos desejos de destruição e de ódio. Esses sentimentos não pertencem ao lado patológico da psique humana, como se poderia pensar. Embora a ambivalência e a flutuação dos sentimentos contidos no painel de cuidados para com o outro sejam reconhecidos, esses sentimentos, no que se refere às mulheres, tendem a ser apagados, minimizados ou mesmo patologizados devido à “*ideologia da meiguice feminina*”<sup>31</sup>.

### **III - Repercussões familiares e sociais da CICF:**

Através da análise das falas das mães de crianças com CICF, observa-se que os sentimentos e as reações despertados nas pessoas que integram o contexto social e familiar dessas crianças e adolescentes, raramente ou nunca, são da ordem da compaixão ou da empatia.

A civilização é construída sobre a renúncia de realização de nossas pulsões mais primitivas. Entre as exigências da civilização, a beleza, a limpeza e a ordem ocupam posição de destaque. O impulso cultural para a limpeza não é inerente à condição humana, mas fruto de uma pressão do processo civilizatório sobre o indivíduo<sup>33</sup>.

Freud<sup>34</sup> observa que, onde quer que tenham predominado formas arcaicas de pensamento, por exemplo, no folclore, nos sonhos, nas fantasias infantis ou nos contos de fadas, as fezes são carregadas de significados contrastantes, que vão do mais valioso (ouro, dinheiro) ao mais desprezível (sujeira, imundície). Um exemplo interessante, nos dias atuais, é o *caganer*<sup>35</sup>. Trata-se de uma figura do folclore catalão, representada por uma pessoa, não importa o sexo, durante o ato de evacuação, que é colocada na decoração natalina ao lado das figuras tradicionais como Jesus, Maria, São José e os reis magos. O significado desse elemento do folclore é bastante positivo: traz sorte,

representa fertilidade e prosperidade. De modo semelhante, no pensamento infantil, as fezes são percebidas de modo animista: são objetos corporais valiosos que podem ser utilizados para demonstrar afeição ou hostilidade nas suas relações familiares e sociais<sup>36</sup>.

O ser humano dificilmente acha repulsivo o odor de suas próprias excreções anais, mas somente o das outras pessoas<sup>33</sup>. Algumas mães, entretanto, referem-se, perplexas, ao fato de seus filhos não se incomodarem por ficarem sujos até que elas ou alguém do ambiente tome a iniciativa de mandá-los tomar banho ou trocar de roupa: *“Às vezes, tá com mau cheiro e ele fala que não percebe. A gente que está em volta é que fala com ele: ‘L., tá sujo.’ Mas ele alega que não percebe em momento algum”* (M.A.M. nº4). A internalização dos ideais culturais de limpeza tem, como consequência, o fato de que a pessoa não asseada está ofendendo as outras e/ou não demonstra consideração por elas. Isso explica o opróbrio que atinge o indivíduo sujo e a rejeição total a ele<sup>37</sup>: *“Lá na escola, uns tempos atrás, ele começou a sujar a roupa, ês jogava ele pro lado de fora da porta, ele ficava sentado do lado de fora até a escola termina. (...). Então, eu falei pra ês que se continua fazendo isso de novo, eu ia no conselho tutelar da criança reclamá, porque ele também tem direitos. Elas me falaram que ele tem de ir pra uma escola especializada, mas igual eu falei com elas, ele não é aleijado, ele anda, esse é o único problema que ele tem. Eu não posso comprar fralda descartável pra ele todo dia ir pra escola com fralda descartável”* (G.N.L nº3).

O cotidiano das mães e das crianças com escape fecal é repleto de situações constrangedoras, nos vários ambientes sociais em que circulam: *“As vez eu chego em algum lugar...suja... e as pessoas falam que está com, tem alguma coisa podre. Eu fico até sem jeito de responde que é ele, né? Então, eu não saio pra passear com ele, pra casa dos outro... né?”* (G.N.L nº3).

Na família, as humilhações e agressões físicas à criança são freqüentes. Muitas vezes, ela é identificada como a causa de desentendimentos entre os pais. Como no seguinte depoimento: *“A gente ficou separado mais de um ano e meio. Nós dois, a gente ficou separado, não estava dando. Tanto ele comigo, quanto ele com ela. Porque ele (o pai) está sempre implicando com ela o tempo todo. Ela que faz errado, ela... Tudo de errado era ela. Uma vez ele botou fogo no colchão, no sofá. Diz que é porque estava fedendo (...). Chegou a bater nela de correia, de ficar desenhado a correia nela, assim. Então, assim, nós dois entramos muito em atrito com relação a isso”* (E.C.S. nº7).

O tratamento da CICF inclui o uso de um ou mais medicamentos de uso diário, dieta e, em alguns casos, lavagens intestinais<sup>29</sup>, sendo estas, geralmente, realizadas pelas mães. Lebovici<sup>37</sup> chama atenção para o fato de que práticas repetidas, tais como, a administração freqüente de supositórios e lavagem intestinal, que envolvem penetração anal, reforçam o laço erótico que une a criança à mãe, além de reforçar angústias vinculadas ao sentimento de onipotência materna: *“De repente eu já cheguei a pensar na hipótese dele ter medo e parar de fazer esta lavagem. Ele até não se esforçar pra evacuar pra continuar fazer a lavagem pra não perder a minha atenção naquele momento...”* (M.A.M. nº4). A psicanálise, desde Freud, reconhece na mãe o papel de sedutora primordial, pois é ela quem, por meio de carícias, banhos, aplicações de óleo, entre outras ações, acaba por despertar a sexualidade infantil<sup>38</sup>.

Para a mãe, a criança com escape fecal grave e de longa história acaba por se constituir em uma ferida narcísica: *“Qualquer pessoa ficaria sentida, principalmente eu, como mãe, que queria ter um filho com o intestino normal, e não tenho”* (M.J.T. nº. 9).

Em relação às crianças com CICF sem escape fecal, as repercussões geralmente ficam restritas ao círculo familiar. A mãe sente dó e sofre por ver a dificuldade da criança para evacuar.

#### **IV - As percepções e vivências das mães sobre a cura, o tratamento e o atendimento médico**

Para a maioria das mães, a criança estará curada quando o intestino estiver funcionando normalmente, sem medicação. Para outras, o conceito de cura agrega a concepção do cuidado e as mudanças de hábito: *“Tem sim (cura). A gente tem que seguir tudo corretamente. Se você seguir, tem sim. É igual a médica já falou. Vai ter que usar determinadas coisas pra poder viver, pra não voltar”* (M.J.T. nº. 9). Estudos recentes mostram que é importante integrar, no contexto do atendimento, a visão que o paciente tem da sua doença<sup>8</sup>. Foi possível observar que quando isso não aconteceu, não houve adesão ao tratamento: *“Ah, eu acho, igual to falando, esse negócio deste problema dele assim do intestino, eu acho que se ele operasse seria melhor... Olha, eu não sei o que os médicos pensa, mas eu penso que, assim, se ele operasse pra ver se melhorasse o intestino dele, para ele não crescer um rapaz deste jeito, né? Eu acho que tem (cura) (...) Eu acho que... Igual o que to falando, tem cura se operasse ele. Fazer uma cirurgia, eu acho que resolveria o caso dele”* (G.N.L. nº. 3). A colocação dessa mãe exemplifica uma das conseqüências da não integração da visão do paciente no diagnóstico e tratamento. A esse respeito, a pesquisa de Caprara & Rodrigues<sup>39</sup> demonstrou que 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema e, em 59% das consultas, eles não verificam o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Quanto aos aspectos psicossociais incluindo medos e ansiedades, eles não são explorados em 91,4% dos atendimentos<sup>39</sup>.

O impacto das dificuldades socioeconômicas da família no tratamento da CICF não pode ser subestimado, pois interfere tanto na possibilidade de aquisição dos remédios e esses nem sempre estão disponíveis nas unidades básicas de saúde, quanto na condição



de seguir a dieta prescrita: *“Não tem uma fruta que a gente poderia dar que poderia ajudar... uma verdura. Nem os medicamento, eu não... ultimamente, então. (...) E ele (o pai que se separou) não está me ajudando em nada. Porque é um direito dela os remédios, né? A prefeitura fornecer. Já mandou carta pra lá, carimbada, falando da situação, que a menina precisa de medicamento. Vai fazer três meses que ela mandou e até hoje... Eles não deram nenhum. Eles falam que estão esperando verba pra comprar”* (S.G.S. nº1).

Pereira<sup>40</sup> coloca que um denominador comum à população periférica é a “falta”: não a falta presente na vida de todo ser humano, mas a falta de condições básicas de sobrevivência, que, quando presentes, auxiliam no enfrentamento dos embates da vida. O cenário, muitas vezes *“é na verdade uma vida ‘privada de muita coisa’, isto é, a experiência da privação sofrida frequentemente no isolamento e num processo de desenraizamento”*<sup>40</sup>.

O universo do sujeito criança é origem de muitas dificuldades à realização do tratamento, sendo difícil separar os fatores de ordem psicológica dos outros determinantes da doença. Por exemplo, a recusa em tomar a medicação: *“A medicação que eu não consigo dar, não consigo. Porque ela tem que tomar leite de magnésia, e eu tentei dar o leite pra ela e ela está fazendo vômito. Ela acaba de tomar e põe tudo pra fora”* (A.E. nº8); e dificuldades para se estabelecer hábitos evacuatórios regulares devido, entre outros fatores, ao medo de evacuar. Comportamentos típicos de “segurar as fezes” e evitação do uso do vaso sanitário são frequentemente apontados: *“E eu limpei, porque eu ando sempre com um vidrinho de álcool, né? Pra, justamente, nessas hora. Se ele pedi uma coisa assim, eu limpá, eu ando com papel e tudo pra limpá bastante pra ele fazé. Não sei se é porque... Perguntei, não teve explicação”* (M.S.A. nº. 14).

Os aspectos psicológicos são percebidos por algumas entrevistadas como fatores de alta relevância na melhora ou piora dos sintomas: *“Olha, eu estava levando ele na psicóloga. Como a gente ficou em turnos diferentes, então eu parei de levar. Quando eu tava levando ele, ele tava legal. Eu acho que é psicológico”* (M.J.T. nº9).

Entre os fatores psicológicos, é importante considerar questões do imaginário da criança ligadas às fantasias em relação ao material fecal e ao auto-erotismo anal. As fezes têm importante significado para a criança pequena, que as percebe como fazendo parte do seu corpo e como possibilidade de troca na relação com os pais. Retê-las ou expulsá-las pode ser uma expressão de sua discordância ou concordância com o ambiente que a cerca<sup>37</sup>. Durante o período de treinamento dos esfíncteres, a criança terá de renunciar ao prazer auto-erótico, submetendo as funções excretórias às normas sociais. Nos casos em que o processo evolui bem, o investimento auto-erótico será gradualmente substituído pela satisfação de ser amado, elogiado e aprovado. Esse processo é descrito na literatura como um dos momentos críticos para o desencadeamento de uma constipação<sup>18</sup>.

O atendimento médico no ambulatório onde foi realizado este estudo foi avaliado positivamente pelas mães, mesmo por aquelas que consideram que a evolução da criança não era satisfatória. O aspecto educativo das consultas e reuniões realizadas pela equipe é ressaltado por algumas entrevistadas: *“(...) acho que aqui é uma escola, né? Não é na hora que a gente precisa. Mas é todo mês que a gente vem, então, pra mim, está sendo até bom. Graças a Deus, estou vindo aqui”* (E.C. S. nº. 7).

A pessoa que mais fornece informações às entrevistadas é sempre o médico, mas este nem sempre é visto como quem mais as ajuda. Esse último aspecto é atribuído, muitas vezes, a outros atores do contexto social das entrevistadas, como: vizinha, mãe ou professora: *“Eu tenho uma vizinha, se caso eu falar, assim, você dá uma alimentação adequada pra ele? Sabe, ela é uma pessoa muito boa, que gosta, inclusive, muito dele”*

(M.A.M. nº 9). Outras vezes, afirmam não ter quem as ajude, sentindo-se solitárias em relação às dificuldades que têm com o problema do filho: “*Ninguém (ajuda), só eu e ele mesmo... É eu e ele...*” (M.A.M. nº4).

### **Considerações Finais**

A constipação e o escape fecal funcional são freqüentemente subestimados pelos(as) cuidadores(as), por considerarem o quadro como o de uma doença infantil benigna. Entretanto, as repercussões na vida do paciente são graves, o tratamento é prolongado e requer muito empenho e colaboração da família.

Observa-se que é a mãe quem recebe a maior sobrecarga: assume o tratamento, identifica-se com os sentimentos, o sofrimento físico e psíquico do filho, além de ser a porta-voz dos sintomas para o médico. Essa posição a torna vulnerável ao descontrole pulsional, passagem ao ato, e, algumas vezes, até mesmo ao adoecimento. Quanto ao atendimento, as consultas são, normalmente, prescritivas, normativas e centradas na criança. Acreditamos que incluir, na rotina dos atendimentos, um espaço direcionado à escuta das mães possibilitaria que elas elaborassem os sentimentos desencadeados na relação com a criança, além de, por meio de trocas com outras mães, descobrir novas formas de lidar com a doença.

A quase total exclusão da figura do pai ou até a sua interferência nociva, apontada pela maioria das entrevistadas, é outro aspecto que merece atenção. Assim, estratégias que favoreçam a experiência de alteridade das figuras materna e paterna no processo de tratamento é aspecto que deve ser buscado pelo médico.

Considerar a criança como sujeito em todo o processo, investigando a sua indiferença e até mesmo apatia frente ao tratamento, e também as fantasias e o papel do erotismo

anal, especialmente nos casos de retenção fecal funcional, é de fundamental importância nas futuras pesquisas.

A escola tem um impacto potencial no estabelecimento de padrões evacuatórios inadequados nas crianças. Uma pesquisa feita na pré-escola americana<sup>41</sup> demonstrou que somente 18% dos professores tinham informação sobre os transtornos evacuatórios, e um percentual ainda menor (8%) sabia que existem especialistas para tratar do assunto<sup>41</sup>. Aspectos disciplinares que impedem a criança de ir ao banheiro quando ela necessita, banheiros em condições precárias de limpeza e conservação foram alguns dos aspectos observados no estudo<sup>41</sup>. A realidade das escolas descritas pelas entrevistadas não é muito diferente. Atualmente, muitas crianças vão para escolas ou creches ainda bebês. O treinamento dos esfíncteres ocorre, em parte, com a intervenção de cuidadores e/ou professores. Uma política de educação para a saúde envolvendo os profissionais dessa área parece-nos uma iniciativa premente.

Os novos modelos conceituais propostos para as doenças gastrintestinais funcionais da infância são bastante amplos, apagando os limites definidos entre físico e psíquico. Nessa perspectiva, percebe-se que o corpo não é somente um organismo biológico, mas é atravessado pela ordem do sexual e do pulsional, sendo, em seu processo de desenvolvimento, permeado inteiramente pela alteridade<sup>42</sup>.

O modelo biopsicossocial para as doenças gastrintestinais funcionais, estabelecido pelo Roma III, tem como prerrogativa que os profissionais da saúde devem levar em conta as questões relativas à subjetividade do paciente, suas relações familiares e sociais, como estratégia para melhorar a eficácia e a resposta ao tratamento.

**REFERÊNCIAS:**

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams Js, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37.
2. van den Berg MM, van Rossum CH, de Lorijn F, Reitsma JB, Di Lorenzo C, Benninga MA. Functional constipation in infants: A follow-up study. *The Journal of Pediatrics* 2005; 147:700-4.
3. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MC, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130: 1519-26.
4. Morais MB, Maffei HVL. Constipação intestinal. *J Pediatr* 2000; 76 Supl 2:147-56.
5. Bongers MEJ, Tabbers MM, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 44: 5-13.
6. Benninga MA. Quality of life is impaired in children with functional defecation disorders. *J Pediatr* 2006; 82: 403-5.
7. Faleiros FT, Machado NC. Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders. *J Pediatr* 2006; 82: 421-5.
8. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006; 130: 1377-90.
9. Minayo MC. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. saúde Coletiva* 2001; 6: p.07-19.
10. Diário de campo da pesquisadora.
11. Minayo, MC. O desafio do conhecimento. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
12. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.

13. Spink MJP. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: \_\_\_\_\_organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.p.93-122.
14. Afonso ML. Família de crianças e adolescentes em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Associação Municipal de Assistência Social (AMAS); 1994. p.25-35.
15. Bustamante V, Trad BLA. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. Cad. Saúde Pública 2005; 21: p.1865-1874.
16. Foucault M. A Ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola; 1996.
17. Brandão HHN. Introdução à análise do discurso. Campinas: Editora Unicamp; 2004.
18. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. Gastroenterol Clin North Am 2001;30:269-87.
19. Candy DCA, Edwards D. The management of chronic constipation. Current Pediatrics 2003; 13:101-6.
20. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. Pediatrics 1992; 89: 1007-9.
21. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment and long-term follow up. Gut 1993; 34:1400-4.
22. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
23. Amendola S, De Angelis P, Dall'Oglio L, di Abriola GF, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. J Pediatr Surgery 2003; 38: p.819-23.
24. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

25. Tariq A, Banez GA, Steffen RM, Feinberg RM, Worley S, Mahajan L. Defecation anxiety in children with functional constipation. *Am J of Gastroenterol* 2003; 98 Suppl 1:p.267-8.
26. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1966; Suppl 170:1-151.
27. Furtado MCC, Lima RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11: p.66-75.
28. Lazarus RS, Lazarus BN. *Passion & reason*. New York: Oxford University Press 1994.
29. Torres MRF, Figueiredo RCP, Penna FJ. Constipação intestinal. In: Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Vianna MB. *Pediatria ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed 2005; p.366-378.
30. Freud S. A negativa. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud Rio de Janeiro: Imago 1976. vol. XIX, p.293-300.
31. Molinier P. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. *Psicologia em Revista* 2004; 16: p.227-42.
32. Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1988.
33. Freud S. O mal estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.21, p.81-171.
34. Freud S. Caráter e erotismo anal. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 9, p.175-181.
35. Caganer. <http://www.Caganer.com/> (acessado em 20/out./2006).

36. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil; 1980.
37. Lebovici S, Soulé M. Conhecimento da criança pela psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1980.
38. Cabas AG. Curso e discurso na obra de Jacques Lacan. São Paulo: Moraes; 1982.
39. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc. saúde coletiva 2004; 9:139-46.
40. Pereira WCC. O adoecer psíquico do subproletariado. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
41. Boyt MA. Teachers' knowledge of normal and abnormal elimination patterns in elementary school children. J Sch Nurs 2005; 21: p.346-349.
42. Birman, J. O mal-estar na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.



## COMENTÁRIOS FINAIS

Por ser vista pela população em geral e até mesmo no meio médico como um quadro clínico sem gravidade, a constipação intestinal crônica funcional (CICF) é uma doença que pode permanecer sem tratamento por longo período. Outra crença que contribui para esse fato é que ela é tomada como uma doença que facilmente se cura com medicamentos e dieta ou com a qual se convive, como parte de uma herança familiar. Ao longo desta pesquisa, muito se aprendeu, seja no contato com os médicos ou através das pesquisas feitas, mas o conhecimento do verdadeiro cenário da doença, as conseqüências danosas na vida das crianças, com toda sua intensidade e cor, só foi possível por meio do discurso das mães e da observação das crianças que com elas chegavam. O meu percurso foi semelhante ao da maioria das mães que procuram atendimento para seus filhos(as): de um sintoma relativamente sem importância, chegar a entender que a constipação intestinal crônica funcional em crianças é uma doença e que, se não for tratada no início, ou melhor ainda, prevenida, tem conseqüências graves.

As pesquisas enfatizam que os tratamentos iniciados precocemente e/ou naquelas crianças que não apresentam escape fecal são mais efetivos e obtêm-se resultados mais rápidos. Esses aspectos apontam para a importância da prevenção. Contudo, os estudos de *follow-up* demonstram que, em torno de 30% dos casos, os sintomas persistem por um período de 3 a 12 anos, necessitando acompanhamento, reforços e ajustes no tratamento. Ao longo desse período, muitos danos já foram causados ao desenvolvimento emocional das crianças.

No contexto da CICF, pensamos que a prevenção deve incluir: a formação de profissionais preparados para identificar e tratar a doença precocemente, abordando o paciente e a família de acordo com o modelo biopsicossocial; políticas de educação em saúde que esclareçam a população em geral e, mais especificamente, os profissionais das escolas, pois, como foi possível verificar pelo relato das mães, eles acabam por ter importante papel no tratamento ou até mesmo no desencadeamento de uma constipação.

Muitos aspectos do universo infantil – o papel do erotismo anal na retenção fecal, fantasias e ansiedades ligadas ao ato evacuatório – permanecem ainda não elucidados quanto à sua contribuição na origem, desencadeamento e manutenção da constipação funcional. Assim, pesquisas quali-quantitativas fazem-se necessárias nessa direção.

É sobre a mãe que recai a maior sobrecarga no tratamento. A rotina ou a “luta” com as conseqüências desagradáveis da doença, principalmente o escape fecal, expõe-nas ao descontrole pulsional e à passagem ao ato. É preciso mudar a rotina de atendimento dessas crianças, adicionando um espaço direcionado à escuta das mães, no qual elas possam expressar e elaborar os sentimentos desencadeados ao longo do tratamento e, por meio de trocas com outras mães que vivem as mesmas situações, encontrar formas de lidar com o problema.

Quando chegam ao Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica da UFMG, os pais – mais frequentemente as mães – demandam uma intervenção que acabe com o sofrimento causado pela constipação de seu filho(a). Os profissionais têm uma resposta para o problema, que engloba uma visão biopsicossocial da CICF, critérios estabelecidos cientificamente para o diagnóstico e tratamento medicamentoso, dietético e comportamental. O conteúdo das entrevistas mostra que o aspecto educativo da CICF está sendo realizado satisfatoriamente. As mães relatam o quanto aprenderam desde o início do tratamento e descrevem corretamente as principais diretrizes do mesmo. Referem-se também às atitudes que devem ter com a criança, aspecto este que, em muitos casos, parece ser a parte mais difícil de ser executada. Constatamos que, por outro lado, os relatos das entrevistadas apresentam imprecisões, lacunas e contradições, que não deixam de apontar para questões que, no discurso médico, ainda têm de ser mais bem investigadas. Tais falas apontam ainda para certas particularidades que decorrem do contexto dos atendimentos. Muitas das entrevistadas não se conformaram ainda com as explicações recebidas, observam que o tratamento não está evoluindo como deveria e, concluem: “*ainda falta saber o porquê*”. As características “crônica” e “funcional” da doença são aspectos dificilmente assimilados pelas mães, dando margem a dúvidas, frustrações, que, muitas vezes, irão influenciar na adesão ao tratamento. Pensamos que as percepções da mãe e da criança sobre a doença e suas expectativas de cura deveriam ser repetidamente escutadas, consideradas e trabalhadas, em um contexto de colaboração, ao longo do tratamento.

É no tratamento que surgem as maiores dificuldades. A maior delas é a adesão, causada, principalmente, pelo fato de o tratamento ser longo; o que exige muito empenho da família. A abordagem familiar e, mais especificamente, a inclusão do pai são aspectos que merecem ser enfatizados no tratamento, principalmente dos casos de longa duração dos sintomas, situação em que uma relação muito intensa e carregada de agressividade e apego entre a mãe e a criança costuma se estabelecer.

A adesão ao tratamento passa pela qualidade da relação médico-paciente. Em parte considerável das consultas médicas, nem sempre as condições para a escuta verdadeira da mãe e da criança estão presentes. Frequentemente, as mães – ou os pais – colocam o médico no lugar daquele que sabe tudo e lhe dará todas as respostas. Entretanto, ela e o médico deixam de lado aquilo que ele não sabe, isto é, a forma singular de manifestação e manutenção da doença naquele caso específico e outras questões que deverão ainda ser investigadas e descobertas a partir da colaboração entre médico, os pais e a criança. A multiplicidade de fatores responsáveis pelo desencadeamento de uma CICF em crianças faz com que cada caso tenha sua especificidade. Em cada um deles, há um fator mais relevante, devendo, portanto, ser o ponto trabalhado. A importância que cada entrevistada atribui aos aspectos biológicos, nutricionais, psicológicos, familiares e socioeconômicos depende da sua experiência de vida. A subjetividade dos atores do processo desempenha papel importante, não podendo, assim, ser deixada de fora. Entretanto, observamos que o universo subjetivo, por ser mais difícil de se acessar, permanece, muitas vezes, na “agenda oculta”. Muitos tratamentos ficam estagnados, são frustrantes e repetitivos, porque não transpõem a barreira dos aspectos clínicos observáveis. Embora as entrevistadas tenham relatado satisfação com o atendimento manifestando – em alguns casos, sentimentos de gratidão e admiração –, foi possível verificar que, principalmente nos casos mais graves, informações muito importantes não eram reveladas ao médico. Estas se referiam, sobretudo, aos fortes sentimentos desencadeados na relação com a criança, algumas crenças sobre a doença, dificuldades enfrentadas na realização do tratamento e conteúdos do universo infantil aos quais a mãe tinha acesso – fantasias, medos, resistência a alguns aspectos do tratamento, rituais e dificuldades ligadas aos hábitos evacuatórios. Provavelmente, as mães deixavam de lado esses aspectos por julgarem-nos irrelevantes para o médico, ou porque elas assumiam, na relação com ele, uma atitude de submissão, limitando-se a responder o

que ele perguntava. Por outro lado, estudos sobre a relação médico-paciente mostram que a prática médica tem um enfoque centrado na doença, tendo como consequência a diminuição do interesse do médico pela experiência de adoecimento e pelos aspectos da subjetividade do paciente.

Especialmente no contexto da CICF, aspectos que normalmente não são abordados em uma consulta médica têm sido apontados pelos estudos da área como altamente relevantes para o diagnóstico e tratamento. Freud observou que a psicanálise trabalha exatamente com “o que não presta”, o lixo aos olhos do pensamento racional científico – sonhos, atos falhos, fantasias. De modo semelhante, no diagnóstico e tratamento da CICF, os sentimentos, as fantasias, os medos, alguns detalhes e particularidades dos sujeitos, que, numa abordagem estritamente biomédica, “não servem para nada”, são essenciais no contexto do diagnóstico e definição de estratégias de tratamento. Não se trata de que os profissionais médicos tornem-se psicólogos ou psicanalistas, mas é um desafio que se coloca para a medicina do século XXI: o desenvolvimento de habilidades e de uma sensibilidade na escuta que facilite o aparecimento dos aspectos psicossociais nas consultas e sua aplicação na prática médica.

A tendência da medicina moderna é de devolver ao paciente a responsabilidade pela prevenção, promoção ou cura, o que leva à necessidade de considerar o universo de percepções do paciente, tomando-o, assim, parte integrante da relação; e não o subordinando à visão do médico. É nesse sentido que Spink (2004) aplica a noção de ordem negociada à relação médico-paciente. De acordo com a autora, em face às opções de tratamento existentes, as opções negociadas ganham força em relação às formas coercitivas – a imposição da visão de mundo do médico – ou manipulativas – os caminhos da educação. Abrir-se à ordem negociada, implica em dar voz à percepção dos interlocutores, dialogando com elas.

A medicina é uma profissão que desde tempos remotos é definida como a arte de curar. Certos atributos da relação médico-paciente, em especial, a afetividade, a confiança e a colaboração, estão totalmente implicados no exercício dessa arte. Concordamos com Cassel (1991), *apud* Caprara (1999), quando afirma: *“A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para alívio da dor, e ao mesmo tempo,*

*revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo”.*

### **Referências**

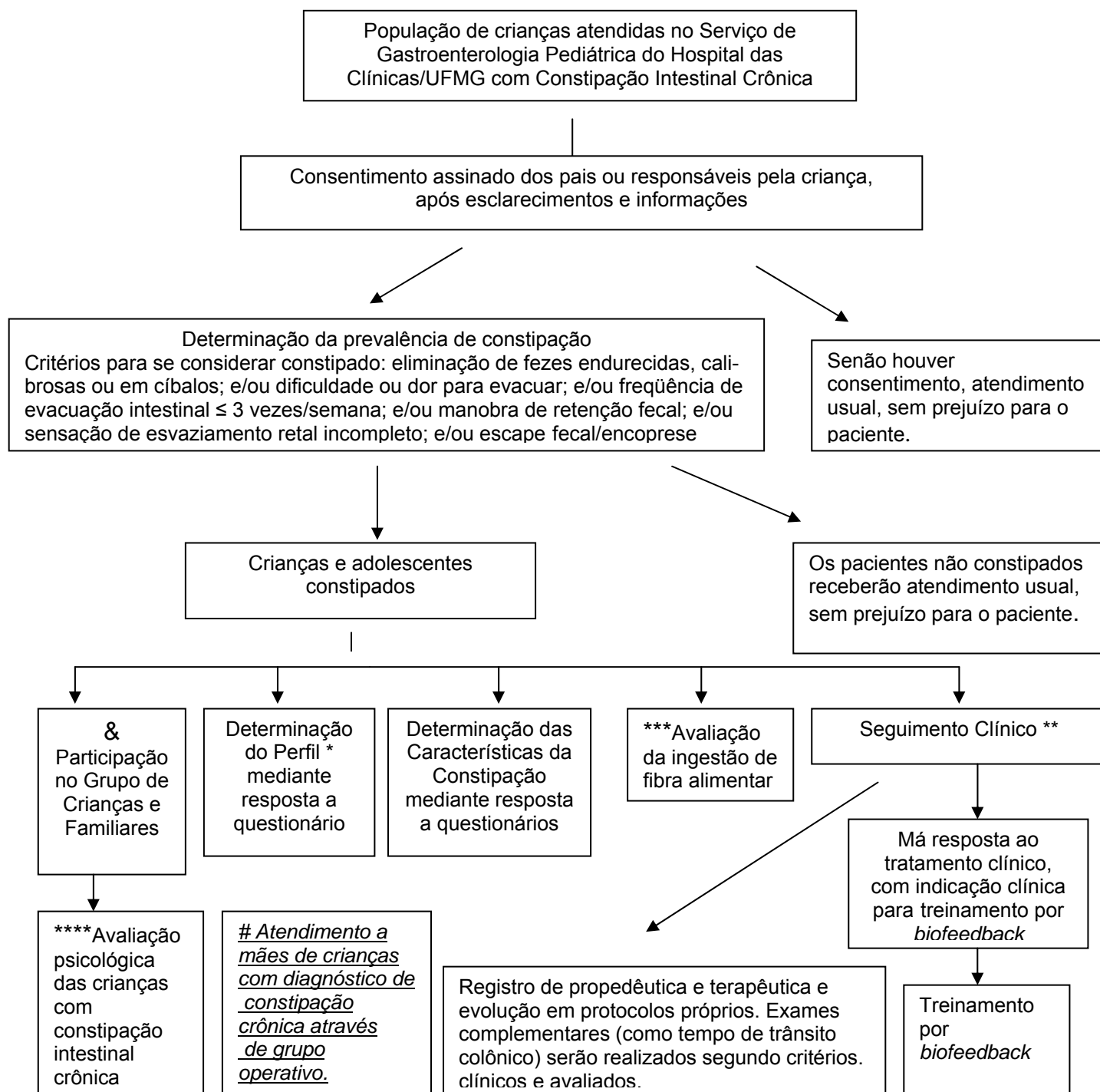
CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.647-653, jul/set 1999.

SPINK, Mary Jane P. A relação médico-paciente como ordem negociada. In:

\_\_\_\_\_. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003, cap. 12, p.204-14.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – FLUXOGRAMA

Fluxograma

Projeto "Perfil dos pacientes com constipação intestinal atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica HC/UFMG" (em andamento).

\*\* Projeto "Seguimento longitudinal de pacientes com constipação intestinal crônica atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do HC/UFMG" (em andamento)

\*\*\* Projeto "Ingestão de fibra alimentar e laxantes na constipação intestinal crônica funcional da criança" (em andamento)

\*\*\*\* Projeto "Avaliação psicológica de crianças com constipação intestinal crônica" (em fase de análise)

& Projeto "Abordagem multidisciplinar no tratamento e acompanhamento de crianças com constipação intestinal crônica funcional" (em andamento).

# Projeto atual

**ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO****Endereço:** \_\_\_\_\_**Telefone:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_ **Nº Reg.Hosp.** \_\_\_\_\_**Data da entrevista:** \_\_\_\_\_**IDENTIFICAÇÃO:**

CRIANÇA	FAMILIAR
Nome:	Nome:
Idade:	Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Cor:	Cor:

**ESTRUTURA FAMILIAR:**

( ) Nuclear simples	( ) Mono parental feminina simples	( ) Mono parental masculina
( ) Nuclear extensa	( ) Mono parental feminina extensa	( ) Convivente
( ) Genitores ausentes	( ) Nuclear com crianças agregadas	( ) Nuclear reconstituída

**NÍVEL SOCIO-ECONÔMICO**

Chefe de família: ( ) pai ( ) mãe ( ) avô ( ) avó ( ) outros:
Renda Familiar: A) _____ salários mínimos B) _____ número de pessoas em casa
Posição na ocupação: ( ) assalariado ( ) autônomo ( ) empregador ( ) desempregado ( ) aposentado ( ) encostado

**NÍVEL DE ESCOLARIDADE:**

CRIANÇA	MÃE
( ) Não frequenta escola ( ) Pré-escola ( ) 1º grau completo incompleto	( ) Analfabeta ( ) 1º grau completo ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) 2º grau incompleto ( ) Superior ( ) superior incompleto ( ) Pós-graduação / mestrado

**DADOS SOBRE A CIC E O TRATAMENTO**

Pessoas com intestino preso na família: ( ) só o paciente ( ) mãe ( ) pai ( ) irmãos ( ) outros _____
Tempo de tratamento: ( ) 1ª consulta ( ) menos de 6 meses ( ) 6 meses ( ) 1 ano ( ) mais de 1 ano
Sobre o tratamento: ( ) melhorou ( ) pouca melhora ( ) nenhuma melhora
O tratamento foi realizado como prescrito pelo médico? ( ) sim ( ) não
a) Se não foi, por que isso aconteceu?
b) Por que você acha que a melhora não aconteceu ou não é satisfatória?



### ANEXO 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do projeto: “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL”

Termo de consentimento para inclusão da mãe \_\_\_\_\_  
e da criança \_\_\_\_\_ no projeto  
“AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE CRIANÇAS COM  
DIAGNÓSTICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL”.

Senhora mãe e prezado(a) paciente,

Este é um projeto em que se procura entender mais sobre a constipação (intestino preso) de seu(ua) filho(a), para tentarmos ajudá-lo a lidar com a doença, fazendo com que o tratamento fique mais simples e rápido. Inicialmente, um questionário será preenchido pela pesquisadora principal, com a colaboração da mãe e da criança que estiver aguardando consulta, para que se conheça o grupo a ser estudado. A seguir, após encaminhamento pela equipe médica, serão realizadas entrevistas com algumas mães de crianças com constipação intestinal crônica para conhecermos melhor seu ponto de vista sobre questões importantes que se referem à constipação intestinal crônica e ao tratamento seu (sua) filho (a). Serão feitas duas entrevistas: a primeira com a participação da mãe e da criança, que tratará de aspectos gerais sobre ambos e sobre a família; a segunda entrevista, será feita somente com a mãe e aprofundará um pouco mais, sobre a CICF da criança, o tratamento, os sentimentos e a forma como você, mãe, percebe o problema do seu filho.

As entrevistas serão individuais, realizadas no dia de atendimento de seu(ua) filho(a) no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica, do ambulatório Bias Fortes, Hospital das Clínicas/UFMG.

As informações obtidas nessas entrevistas são sigilosas e confidenciais. Os dados serão utilizados para publicação em revista científica (médica), sem a divulgação dos nomes das crianças ou de suas mães.

Caso vocês não queiram participar ou decidam interromper a participação em qualquer momento, seu(ua) filho(a) continuará recebendo o atendimento ambulatorial usual.

*Afirmo que fui devidamente esclarecida quanto aos objetivos da pesquisa, quanto ao caráter confidencial de minhas respostas e quanto ao destino dos dados coletados (os relatos gravados serão transcritos e os dados, depois de analisados, poderão ser divulgados, por meio de produção de texto científico ou de apresentação em evento de caráter científico). Todos os dados referentes à pesquisa respeitarão meu direito e o do meu(minha) filho(a), de não identificação.*

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista a se realizar no ambulatório de gastroenterologia pediátrica e comprometo-me a também trazer a criança aos atendimentos programados.

ASSINATURA DA MÃE

ASSINATURA DO PACIENTE

Belo Horizonte \_\_/\_\_/\_\_.

Para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para encaminhar sugestões:

**Mariza Leão - Pesquisadora responsável**  
Avenida Alfredo Balena, 110  
Departamento de Pediatria/ Faculdade de  
Medicina /UFMG Belo Horizonte /MG -  
Fones: 3248-9772

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP  
Avenida Presidente Antonio Carlos 6627-  
Pampulha Prédio da Reitoria – 7º andar -Belo  
Horizonte/MG  
Fone: 31-3499-4592

**ANEXO 4 – Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados na pesquisa**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

**Declaro para este comitê que os resultados obtidos através do projeto de pesquisa intitulado “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL”**, a ser desenvolvido no Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, serão usados exclusivamente para fins científicos, sendo as informações obtidas, sigilosas e confidenciais. Não serão divulgados os nomes das crianças envolvidas, nem de suas respectivas mães.

Declaro ainda que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Belo Horizonte, 16 de agosto de 2005.

---

Mariza Ferreira Leão

**ANEXO 5-**