

# CRIANÇAS COM SINTOMAS FÓBICOS E O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## CHILDREN WITH PHOBIC SYMPTOMS AND DENTAL TREATMENT

Elci Antonia Macedo Ribeiro Patti<sup>1</sup>

Izilda Carolina de Meneses<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, psicanalista, especialista em Psicanálise, docente dos cursos de Psicologia e Publicidade e Propaganda da Universidade de Franca.

<sup>2</sup>Psicóloga, psicanalista, mestre e doutoranda pela Unesp, especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Organizacional pelo Conselho Federal de Psicologia, docente do curso de Odontologia e coordenadora do curso de Especialização em Psicanálise da Universidade de Franca.

**RESUMO:** a pesquisa realizada propõe um estudo sobre os aspectos conscientes e inconscientes das manifestações fóbicas que se apresentam nas crianças de 4 a 10 anos, tratadas na clínica da Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Franca. Este estudo procurou identificar o manejo utilizado pelos professores e estagiários e, com uma escuta psicanalítica, colaborar com a atuação do odontopediatra na clínica, nas situações de dificuldades apresentadas relacionadas ao tema. Foram utilizadas como fundamentação teórica a Lingüística e a Psicanálise. Conclui-se que, diante da manifestação de medo pela criança na eminência de um tratamento odontológico, este tratamento é viabilizado com um manejo adequado pelo cirurgião-dentista; diante de manifestações fóbicas a adesão ao tratamento odontológico pela criança só é possível com atendimento psicanalítico associado. **Palavras-chave:** criança; fobia; medo; tratamento odontológico; psicanálise.

**ABSTRACT:** this is a study on the conscious and unconscious aspects of phobic manifestations by 4-to-10-year-old children assisted at the Children's Dental Clinic of the Dentistry Undergraduate Program of Franca University. It also aimed at identifying management strategies used by professors and trainees as well as at collaborating with the performance of dental pediatricians in dealing with the difficult situations reported in relation to the subject. Psychoanalysis and Linguistics were used as the theoretical framework. It was concluded that when a child fears dental treatment, such treatment becomes viable with proper management by the dentist. When phobic manifestations are present, adherence to treatment by the child is only possible if psychoanalytical treatment is associated.

**Key words:** children; phobic; agreement; dental treatment; psychoanalysis.

## INTRODUÇÃO

Para a realização deste estudo, faz-se necessário conhecer a diferença entre medo e fobia. O medo é classificado de acordo com Larousse (1995, p. 3.899) como “um sentimento de inquietação, de apreensão em face um perigo real ou imaginário”. O medo é uma reação de defesa aos perigos da realidade, necessária para resguardar a integridade física e a vida.

O termo fobia é “derivado do grego *phobos* e utilizado na língua francesa como sufixo, para designar o pavor de um sujeito em relação a um objeto, um ser vivo ou uma situação”. (ROUDINESCO; PLON, 1997, p. 243). De acordo com o mesmo autor, *phobos* é também uma divindade grega. Seu nome significa “pânico, terror” e incutia medo aos inimigos, pois sua face era terrivelmente feia. Os guerreiros gregos utilizavam nas armas de batalha a sua efigie.

A psiquiatria classificou os quadros fóbicos a partir de 1870, porém, “estes só ganharam diagnósticos próprios na CID (Classificação Internacional de Doenças), em 1947 e na DSM (Classificação da Associação Psiquiátrica Americana), em 1952” (GURFINKEL, 2001, p. 12).

A partir dos estudos da Psicanálise, a fobia saiu do campo apenas psicopatológico e descritivo das manifestações sintomáticas, abrindo-se possibilidades de entendimento mais amplo sobre sua dinâmica de produção e abordagem terapêutica.

A fobia é um tema estudado pela Psicanálise desde o início do século XX. Pode ser definida como:

um sintoma, e não uma neurose donde a utilização da expressão histeria de angústia em lugar da palavra fobia. Introduzida por Wilhelm Stekel em 1908 e retomado por Sigmund Freud, a histeria de angústia é uma neurose do tipo histérico, que converte uma angústia num terror imotivado, frente a um objeto, um ser vivo ou uma situação que não apresentam em si nenhum perigo real (ROUDINESCO; PLON, 1997, p. 243).

Freud considerou, a princípio, o sintoma fóbico como a expressão simbólica de um conflito psíquico, nomeando-o como uma histeria de angústia. “Ela justamente não se refere ao atual, e sim ao infantil – sexual e recalçado” (GURFINKEL, 2001, p. 37).

Os estudos sobre a fobia em crianças tiveram realce científico com Freud, em 1909, quando publicou o estudo *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (O pequeno Hans). Em *Além do princípio do prazer*, de 1920, Freud relata que a angústia (*angst*, em alemão) se qualificaria como um estado de expectativa relativa a um perigo não distintamente identificado. Em 1926, Freud publica *Inibições, sintoma e angústia*, um texto sobre a relação da angústia com a fobia, dizendo que o sentimento de angústia está presente na origem do sintoma fóbico e que a angústia é uma relação pura do sujeito com uma falta de objeto. Diante deste estudo sobre a angústia e suas manifestações, Freud relaciona essa reação incapacitante à reativação de um trauma com atualização de sua carga afetiva. Na impossibilidade de uma elaboração psíquica, o sujeito luta contra uma irrupção excessiva de angústia, semelhante àquela que ocorrera na situação traumática original. E, neste contexto de intenso sofrimento, surge o objeto fóbico.

Como descreve Miller (1995), encontra-se na fobia o temor a um objeto bem particular. Uma posição entre a angústia e o medo pode aparecer como um remédio para esta angústia – em lugar de angustiar-se de algo que não se sabe o quê, é um conforto e uma segurança para o sujeito poder dizer: *tenho medo de cavalos*. Aqui, Miller está se referindo ao caso relatado por Freud, o do pequeno Hans, em que um dos objetos fóbicos era o medo pavoroso por cavalos.

Lacan, médico e psicanalista francês, em seu seminário 4, *Relação de objeto* escreve, que a fobia não é de modo algum a angústia. Kaufmann (1996, p. 211) ao analisar este assunto afirma que tanto Lacan como Freud fazem distinção entre fobia e angústia e, ao mesmo tempo, mostram a relação das duas, explicando que:

Uma vem em socorro da outra, o objeto fóbico vem preencher sua função sobre o fundo da angústia [...] em suma, a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso, entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. É isso aí a angústia [...]. E acrescenta que a fobia conserva sempre alguma coisa articulável, nomeável [...].

Lacan (1987) apresenta a fobia como uma

estruturação onde permite ao sujeito, desde criança, situar-se no mundo, mas de uma forma muito sofrida. Como mostra em seu seminário 4, os fóbicos, sejam crianças ou adultos, serão sempre pessoas muito complicadas se não tratadas. É o objeto fóbico escolhido é paradoxal no campo do desejo, porque não é um objeto que se deseja encontrar, mas, ao contrário, é um objeto do qual se foge, como podemos observar na clínica de Odontopediatria. A criança, diante do tratamento odontológico, mesmo sabendo que o odontopediatra vai aliviá-la da dor, foge e apresenta um pavor diante da possibilidade do tratamento. E é neste campo que pretendemos atuar nesta pesquisa.

Este sofrimento foi devidamente descrito por Freud no caso do pequeno Hans. Nele, o objeto fóbico tamponava uma angústia em relação às diferenças sexuais. Estava preso a uma relação imaginária com a mãe que o impossibilitava de simbolizar estas diferenças, pois para ocorrer a simbolização seria necessário que houvesse uma frustração em relação à mãe nesta relação imaginária.

Na organização psicosexual do ser humano é necessário, como relatava Freud em 1905 nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, existir uma relação íntima e afetiva com a mãe (ou seu representante), a qual possibilitará à criança ter experiências de prazer e desprazer que são vivenciadas pela boca, a que Freud chamou de fase oral e narcísica. Este momento foi, posteriormente, chamado por Lacan de *estágio do espelho*, relacionado com o primeiro momento edípico.

Neste estágio, a criança permanece presa a uma relação imaginária com a mãe. Observamos em nossos pacientes fóbicos uma intensa manifestação de suas fantasias de morte e uma dependência materna excessiva.

A criança, quando ainda bebê, está mais vulnerável ao desejo materno, ficando totalmente dependente dos determinantes da sua condição emocional. A mãe, neste início, passa a ser um objeto fundamental para a formação da identidade deste novo indivíduo. Para que a criança saia desta relação de dependência e se constitua como um sujeito desejante, é fundamental que a mãe se

mostre como um ser faltoso em relação ao desejo da criança, para que esta busque outras relações significantes.

O bebê necessita de que a mãe o nomeie de fato como um outro ser humano diferenciado dela, contribuindo para este processo de simbolização. Conforme Volnovich:

A mãe funciona, então, não só como espelho, outro semelhante, mas também como Outro na medida em que aporta os significantes essenciais que possibilitam a assunção da imagem. Essa identificação é simbólica. A identificação simbólica (ou ao nome do pai), que é denominada identificação ao significante primordial, será o que possibilita que a criança passe a ser agente da palavra (1993, p. 76).

Durante esta estruturação, surge a dentição e, com esta, os elementos que dão a possibilidade e a necessidade do desmame, pois a criança sente necessidade de morder tudo o que tiver acesso à boca (objetos e o próprio seio), quando ainda está sendo amamentada.

Freud (1905) chama também à fase oral de fase canibalesca, pois “[...] nela a atividade sexual ainda não se separou da nutrição” (FREUD, 1990, p. 186).

Conforme Dolto (1980, p. 30), o desmame deve começar “[...] entre 4 e 5 meses, ser progressivo e lento, e terminar entre 7 e 8 meses o mais tardar [...] e como a mordedura é a sua primeira pulsão agressiva, a maneira como for permitida ou não pelo objeto de amor é da maior importância”.

O desmame contribuirá para a separação simbiótica mãe/bebê, fundamental para o prosseguimento desta organização. Como cita Lacan, “[...] em todas as relações imaginárias o que se manifesta é uma experiência de morte. A experiência é, sem dúvida, constitutiva de todas as manifestações da condição humana, mas surge muito especialmente no vivido do neurótico” (1987, p. 74).

Na teoria psicanalítica, existe uma organização libidinal chamada fase anal, a qual caracteriza-se pela independência da criança e pela excitação da região anal, relacionados com o processo de eliminação e defecação.

A terceira fase da organização pré-genital é a fase fálica. Nela, Freud dá ênfase ao Complexo de Castração e Complexo de Édipo, baseado no mito

de Édipo, para justificar os impulsos e fantasias inconscientes que o ser humano, neste momento, vivencia. Freud (1897) faz alusão à tragédia edípica na versão de Sófocles, comparando esta às fantasias da infância, encontradas nele mesmo e em seus pacientes. Édipo é considerado por Freud como estrutura organizadora articulada com o complexo de castração, vivenciados de maneira diferente pelo menino e pela menina.

[...] o menino percebe que existe diferença do seu corpo com o da menina, a princípio exibe o seu pênis, mas depois fica muito angustiado com a falta dele (pênis) no corpo da menina, e aí surge uma fantasia de que se a menina não tem é porque um dia ela teve e cortaram, e ele então como um ser humano impotente está correndo o mesmo risco. Como saída desta vivência da angústia de castração, identifica-se com o pai e deseja a mãe como mulher, (no plano da fantasia), mas diante do medo da mutilação pela sua fantasia proibida, renuncia a esta, e apenas identifica-se com o pai buscando encontrar a sua própria identidade como menino (FREUD apud PATTI, 1998, p. 83).

Para a menina, o complexo de castração representa um golpe no narcisismo o que é “[...] extremamente duro, porque além de constatar que não é o Falo de sua mãe, ela constata também que não tem um pênis. O complexo de castração abre, pois, o campo para que o pai, percebido a princípio como um intruso, passe a receber o investimento afetivo e sexual antes dirigido à mãe [...]” (SILVA, 1995, p. 40).

Perante a decepção com a mãe, a qual supõe inconscientemente estar implicada em sua falta, a menina tem uma saída: identifica-se com ela e dirige o seu desejo para o pai na sua fantasia inconsciente, pois se a mãe foi amada pelo pai ela também pode ser. Ela tenta competir com a mãe por tudo aquilo que ela acredita que o pai pode dar.

Diante da ameaça de castração inconsciente, a criança necessita de renunciar ao desejo edípico. A saída vai ao encontro com a formação do super-Eu (superego), que surge como herdeiro do complexo de Édipo, sendo tratado como uma “instância de nossa personalidade psíquica [...] que inibe nossos atos ou que provoca remorsos [...] está no centro da questão moral” (LAROUSSE, 1995, p. 210).

O pai e as representações sociais são elementos essenciais para essa formação. Em relação à

mãe, é importante que ela reconheça o pai ou quem exerça esta função. Não precisa ser precisamente o pai biológico, mas um outro que ela nomeie como objeto de desejo, ou que o valorize como tal (mesmo que ele seja virtual, deve ser nomeado pela mãe). Diante da entrada do pai nesta relação é possibilitada a castração simbólica, isto é, há um corte nesta relação ternária (mãe-criança-falo). A criança deixa de ser o falo da mãe (o representante da falta), e a mãe deixa de tê-la como falo. Nesta separação se instaura uma lei. E o núcleo desta lei é a proibição do incesto. É uma lei que está inserida na cultura e que regula os intercâmbios sexuais. Aparece no discurso e pode ser vista, nos mitos, nos contos de fada e nas figuras folclóricas que a representam. Então, o Nome-do-Pai (o pai nomeado pela mãe) é o representante da lei, que atua na subjetividade da criança, considerada por Lacan como inserida no segundo tempo edípico.

No Nome-do-Pai é onde temos que reconhecer a sustentação da função simbólica que, desde a aurora dos tempos históricos, a partir desses tempos aos quais os textos sagrados remetem, identifica-se Deus com a lei, ou seja com aquele que realiza a lei, que legisla, mas, a partir dessa legislação, já não há ninguém mais que seja a lei, todos agem em representação dela (BLEICHMAR, 1991, p. 50).

A função paterna é fundamental e estruturante neste momento do complexo edípico, onde há uma subjetivação da lei, da proibição do incesto, a qual é primordial para o funcionamento de outras leis culturais e para a organização da civilização humana.

Observa-se nos pacientes fóbicos uma falha na função paterna. “Se o pai no seu lugar não desempenha a função que lhe atribui a estrutura do complexo de Édipo o sintoma vem suprir isto” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998, p. 80).

Lacan revela que para a organização da subjetivação da lei, são necessários o Nome-do-Pai (segundo tempo) e a metáfora paterna, o que ele denominou como terceiro tempo do Complexo de Édipo.

[...] a metáfora paterna é a operação de substituição, no código do desejo da mãe pelo Nome-do-Pai, que produz a significação fálica. Ela é uma forma de Lacan escrever o complexo de Édipo, e dentro dele a metáfora paterna será uma operação de substituição[...]. Metáfora – é uma figura de substituição de linguagem,

partindo de Jacobson à condição de um dos eixos estruturantes do inconsciente [...] (LEITE, 1992, p. 74-76).

A vivência da organização pré-edípica e edípica é recalcada<sup>1</sup> no campo do inconsciente, de forma parcial. Suas manifestações apresentam-se pelos sonhos, atos falhos, chistes e sintomas. Esta vivência é reorganizada na adolescência, juntamente com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

O sintoma para a Psicanálise é designado como uma representação do inconsciente, onde está velada alguma vivência de angústia que não foi possível de ser elaborada.

O sintoma fóbico pode ser compreendido como um recurso psíquico que auxilia, como suporte, na subjetividade da criança, evitando o pavor da sensação de aniquilamento gerada por uma intensa angústia de castração.

Em 1926, em *Inibições, sintomas e angústia*, Freud, por meio do caso do pequeno Hans, busca fazer uma definição mais precisa do sintoma e de sua relação com a angústia de castração. A esse respeito, Kaufmann (1996, p. 209) comenta que “[...] a fobia atesta um retorno estranho e imprevisto, nela a angústia não só está na origem do sintoma, como em outras formas de neurose, mas se torna ela própria o sintoma central”.

A fobia se instala devido à fragilidade da metáfora paterna, deixando o sujeito vulnerável diante das ameaças primitivas recalcadas. Por exemplo, o desejo incestuoso, resultando em angústia, que então é conectada a um objeto externo. A partir disto, o sujeito cria todas as precauções para evitar o perigo virtual projetado no objeto.

## METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a quanti-qualitativa e, de acordo com Minayo (1999), este método é utilizado quando se constroem os dados qualitativos a partir de uma investigação quantitativa para se chegar aos resultados.

<sup>1</sup>Recalque em Psicanálise significa um “processo que visa manter no inconsciente todas as idéias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer. Freud [...] considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente” (ROUDINESCO; PLON, 1997, p. 647).

A investigação foi realizada na clínica de odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Franca.

As crianças que fizeram parte da pesquisa apresentavam medo e sintomas supostamente fóbicos, na faixa etária de 4 a 10 anos de idade. Foram selecionadas de um universo representado por alunos provenientes, em sua maioria, de uma escola municipal de um bairro de periferia da cidade de Franca.

Realizou-se uma reunião nesta escola, com os pais ou responsáveis. Esclareceu-se sobre todos os tratamentos e procedimentos a serem realizados. Os pais deram seus consentimentos para a realização da pesquisa e do tratamento odontológico.

A coleta de dados teve duração de 4 meses. Foram utilizados os seguintes instrumentos: desenhos/estórias, observações e entrevistas não diretivas (discurso narrativo).

Os professores da escola foram orientados e ficaram encarregados de explicar e distribuir tarefas para as crianças, em que tinham de realizar um desenho contando uma estória entre elas e o dentista. A atividade do desenho/estória visava a verificar a imagem e a relação que as crianças tinham com o dentista. Foram aplicados 400 desenhos/estórias. Estes foram separados por categorias que se agrupavam por apresentarem elementos em comum.

Na clínica de odontopediatria, foram realizadas observações na sala de espera. Na avaliação odontológica, os odontopediatras verificavam possíveis manifestações fóbicas ou de medo apresentadas pelas crianças. Quando se identificavam manifestações de medo ou suspeita de fobia, procedia-se a encaminhamento para avaliação psicológica. Esta avaliação constou de 8 a 10 encontros com cada criança, e 2 a 4 encontros com os pais ou responsáveis. As crianças que apresentavam fobia eram encaminhadas para o atendimento psicológico.

Durante o processo de avaliação psicológica, foram realizadas discussões clínicas com os alunos e professores da odontopediatria, que tinham como objetivos fornecer informações sobre o medo e a fobia e orientações psicanalíticas sobre manejos mais adequados a estes pacientes.

Os dados passaram pela análise de discurso de cada criança e de seus pais ou responsáveis.

O referencial teórico principal, que embasou a análise do discurso, faz parte da Psicanálise e da Lingüística. A Psicanálise propõe investigar a singularidade do sujeito em sua organização biopsicossocial, baseando-se nos indícios dos conteúdos apresentados como manifestação do inconsciente. A Lingüística concebe a linguagem como trabalho simbólico, o que possibilita a produção do sentido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os 282 desenhos/estórias que cumpriram com os requisitos, ou seja, os que tinham um desenho e uma estória, representando 70,5% dos 400 desenhos/estórias aplicados. O restante não analisado refere-se aos desenhos de 26 crianças (6,5%) que não foram entregues e 92 (23%) que não cumpriram os requisitos propostos: desenhos sem estórias, estórias sem desenhos ou que só tinham frases incompreensíveis.

Os 282 desenhos/estórias analisáveis foram separados em duas categorias: uma (Grupo I) para os que “gostam do dentista e do tratamento” – total de 142 (50,35%) e outra, para aqueles que apresentaram qualquer alusão a medo (Grupo II) – total de 140 (49,65%).

As crianças que estavam dentro dessa última categoria foram avaliadas individualmente pelas pesquisadoras para triagem das manifestações de medo.

Serão apresentados recortes das estórias e narrativas das crianças que servem como ilustração dos conteúdos descritos neste trabalho, valorizando a singularidade de cada sujeito, o que, obviamente, não é mensurável.

Primeiramente, serão citados recortes sem elementos sugestivos da presença de medo (de crianças do grupo I):

“O dentista para mim é muito bom ele cuida dos meus dentes” E. C. N. 3ª série.

“Gosto muito do dentista, quando eu crescer meu sonho é ser dentista e arrumar os dentes das crianças” S. B. I. 4ª série.

“A dentista me falou: nenhuma cárie meu amor” P. C. L. 4ª série.

“O dentista olhou e falou que meu dente estava perfeito e de parabéns aí saí do dentista e fui brincar” I. S. R. 3ª série.

“Minha mãe cuida do meu dente e me leva ao dentista 3 vezes por ano” F. M. 4ª série.

“O dentista é como um pai... por que ele só quer o bem para todos nós” J. S. A. 3ª série.

“...eu gosto da dentista e eu também eu gosto de tratar dos meus lindos dente” L. M. 3ª série.

A experiência transferencial com o dentista é essencial para existir adesão ao tratamento, pois a partir desta relação, a criança pode compreender o sentido do tratamento, ou seja, os benefícios adquiridos com o mesmo e com o cuidar dos dentes. As primeiras experiências com o tratamento odontológico, quando vivenciadas de maneira positiva, favorecem as relações posteriores, evitando situações de medo, insegurança, tensão, além de favorecer maiores cuidados pessoais da criança, pois sua auto-estima está intimamente ligada com a oralidade. Esta situação não garante o não aparecimento de sintomas fóbicos relacionados ao tratamento odontológico, já que estes estão vinculados às angústias experimentadas também na organização oral.

Na categoria medo, pode-se discriminar o medo que era algo passível de ser controlado e as manifestações fóbicas que não eram passíveis de serem manejadas apenas por uma orientação e acolhimento. Nessa categoria, prevaleceram o medo e o pavor de sentir dor durante o tratamento, do dentista, do motorzinho, da anestesia e de arrancar os dentes, etc., como exemplificado a seguir:

“... um dia eu fui no dentista ... eu estava com medo de doer” E. C. M. P. 3ª série.

“...eu tenho medo do dentista por que tem alguns dentistas que seguram as crianças... eu tenho medo do dentista, mas muito medo de dentistas” J. O. M. 3ª série.

“...quando ele vem com aquele aparelho para meu lado me dá um arrepio e quando ele coloca na minha boca dá vontade de morrer” P. S. S. 3ª série.

“O dentista falou que tinha que arrancar um

dente e eu fiquei com muito medo da anestesia” M. M. P. 4ª série.

“Um dia levei três nestecias num dia só e eu estava com medo” L. A. O. 4ª série.

“...ela mandou deitar e eu deitei ela escondeu o alicate depois ela rancou meu dente mas eu não deixei ela rancar meu dente depois ela chamou duas médicas elas segurou ne mim depois ela foi e rancou meu dente” J. M. S. 4ª série.

“...eu tive que arrancar o dente tava podre fiquei com medo” C. M. 4ª série.

O tratamento odontológico requer muitas intervenções que podem ser dolorosas e desagradáveis, o que promove, muitas vezes, desconforto, ansiedade, medo e angústia manifestada de uma maneira fóbica.

Foi constatado que as manifestações fóbicas ocorrem como uma atualização sintomática de vivências de intensa angústia relacionadas com as primeiras experiências representadas e registradas no campo do inconsciente.

As causas mais frequentes dos medos estavam relacionadas a diversos fatores como experiências traumáticas anteriores, entre elas o manejo inadequado do dentista; situações de dor provocadas no tratamento, que não foram compreendidas pelas crianças, associando o tratamento a um castigo; a imagem mítica que as crianças tinham do dentista como sendo uma figura maldosa e sádica, que provocaria algum tipo de desprazer; o diagnóstico e tratamento tardio, quando a saúde bucal estava muito comprometida.

No segundo momento da pesquisa, que se refere à avaliação individual com as crianças que apresentavam fobia e seus responsáveis, foram constatadas várias desestruturas familiares tais como confusão de papéis entre os pais em relação à educação dos filhos, falta de investimento afetivo dos pais em relação aos filhos, superproteção em situações de doenças; dificuldades financeiras que geravam intensos conflitos, precárias condições de moradia, alimentação e higiene, violências extra e intrafamiliares, situações traumáticas ligadas a grandes intervenções cirúrgicas; perdas de pessoas queridas, ausência paterna, falta de limites na educação, e falta de preservação da criança frente às in-

timidades sexuais dos adultos. Além de sintomas fóbicos, muitas destas crianças apresentavam alterações de comportamento e sinais físicos como tristeza, apatia, insegurança, agitação, choro por qualquer frustração, dependência excessiva, tentativas de evitar o tratamento, dificuldade de falar sobre si mesmo e sobre os problemas enfrentados no tratamento, respiração ofegante, sudorese exagerada, lesões bucais e falta de cuidados corporais.

As entrevistas possibilitaram a fala que se realizava por meio de histórias, brincadeiras e dramatizações, quando as crianças se identificavam com os personagens criados por elas. Suas angústias, diante do tratamento, foram expressas em diversas falas, por exemplo:

“...o ladrão vai entrar na casa do menino e matar...” A. S. 3ª série.

“... acho que vou morrer lá...” M. O. 4ª série.

“... ele vai enfiar uma faca até sangrar tudo...” P. L. 2ª série.

“...o bicho papão vai me comer lá...” R. M. 4ª série.

“...ninguém gosta da Maria ela não tem mãe e não tem pai...” A. S. 3ª série.

Nas falas das crianças e de seus pais, foram verificadas perdas significativas no aspecto físico e afetivo, que eram correlacionáveis com grandes prejuízos na estruturação da personalidade destas crianças, principalmente na formação simbólica, o que as levaram à tendência de permanecer numa posição de sofrimento, tanto em relação ao seu próprio corpo, quanto em relação à realidade em que vivem. Os sintomas fóbicos foram, então, recursos criados inconscientemente por elas para aliviar suas dores psíquicas. Ao falar, a criança consegue elaborar, isto é, reconhecer algo que estava no campo da inconsciência, que aparecia como sintoma manifestado no corpo e, assim, dar um outro sentido à sua história, saindo do sofrimento físico e psíquico. Como argumenta Lacan, “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre em seu corpo ou em seu pensamento” (LACAN apud TENDLARZ, 1996, p. 93).

## CONCLUSÃO

O ser humano se constitui por uma organiza-

ção biopsicossocial, e qualquer alteração em uma destas estruturas levará a repercussões nas outras, pois há uma interrelação entre elas na constituição do todo, conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS.

Sabe-se, pela Psicanálise, que existe uma organização universal do ser humano, mas que dentro deste universo cada sujeito se estrutura de uma forma singular, compondo o campo do consciente/inconsciente. Este último escapa ao olhar clínico de outros cientistas, dificultando a operacionalização de metodologias variadas consoante aos objetivos finais de qualquer tratamento.

A partir das observações e avaliações realizadas nesta pesquisa, concluiu-se que o trabalho interdisciplinar é de fundamental importância para a compreensão e tratamento das manifestações de medo e fobia apresentados nas clínicas odontológicas. No quadro de fobia, essa necessidade do trabalho interdisciplinar se faz ainda maior, pois nestes casos as manifestações são sintomas cuja origem retorna ao inconsciente, com raízes estruturais na infância, desencadeadas por vivências inadequadas ligadas à desestruturação familiar objetiva ou subjetiva. A fobia é um dos maiores entraves para a realização do tratamento odontológico, podendo mesmo inviabilizá-lo.

As crianças desta pesquisa, ao serem escutadas, conseguiram elaborar suas dores na medida em que nomeavam esses sofrimentos dando-lhes um outro sentido. Este fato possibilitou-lhes uma melhor qualidade de vida, e uma maior confiança em si mesmas, facilitando a ação do odontopediatra.

## REFERÊNCIAS

BLEICHMAR, H. *Introdução ao estudo das perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DOLTO, F. *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. *Além do princípio do prazer* (1920). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 18.

\_\_\_\_\_. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 10.

\_\_\_\_\_. *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 20.

\_\_\_\_\_. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v.7.

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

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: legado de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LACAN, J. *O mito individual do neurótico*. Lisboa: Assirio & Alvim, 1987.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAROUSSE. *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LEITE, M. P. S. *A negação da falta*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

MILLER, J. A. *A lógica da direção da cura*. Belo Horizonte: EBP – Seção Minas Gerais, 1995.

PATTI, E. A. M. R. *Mulher: educação, sexualidade e trabalho*. 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista, Franca.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

SILVA, M. E. A. da. *O gozo feminino*. São Paulo: Iluminaras, 1995.

TENDLARZ, S. E. *De que sofreram as crianças?* Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

VOLNOVICH, J. *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:**

Elci Antonia Macedo Ribeiro Patti

Rua: Elias Nassif Sobrinho, 601.

Franca, SP

Telefone: (16) 37202035

Email: [elcipatti@zipmail.com.br](mailto:elcipatti@zipmail.com.br)